TOM XI. 1934 ZESZYT 1.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO T-WA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUK. „PAX", WILNO, ŚW. IGNACEGO Nr. 5

TREŚĆ NUMERU.

str.

Dr. *J. Miodoński* — O ropniach mózgowych i móżdżkowych pochodzenia usznego 1

Prof. Dr. *A. Laskiewicz*—W sprawie schorzeń nerwu językowo-gardłowego 21

L. A. Zaryckij — Reakcja skórna w twardzieli 34

Dr. med. *K. Sawicz* — Do pracy o ropniach otogennych płata skroniowego 37

Dr. *J. Tencer* — Przyczynek do napadowych skurczów krtani w wieku dojrzałym 40

Dr. med. *N. Wołkowyski*—O zaburzeniach w wydzielaniu moczu po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych 43

Prof. Dr. *A. Laskiewicz* — Sprawozdanie z III-go Kongresu Soc. Otorhino-laryngologica latina w Paryżu 47

Streszczenia 67

Posiedzenie naukowe Sekcji Warszawskiej Polsk. T-wa Otolaryngologicznego 71

Posiedzenie naukowe Sekcja Poznańsk.-Pomorsk. Polsk. T-wa Otolaryngolog. 77

Wiadomości bieżące 79

Streszczenia francuskie 83

SOMMAIRE.

page

Dr. *Miodoński*—Sur les abcès otogéniques du cerveau et du cervelet d'après les matériaux réunis de 1928—1932 a la clinique O. R. L. cracovienne . 1

Prof. Dr. *A. Laskiewicz* — Sur la pathologie du nerf glossopharyngien 21

L. A. Zarickij — La réaction cutanée dans le sclérome . . 34

Dr. *K. Sawicz* — Sur les abcès otogéniques du cerveau . . 37

Dr. *J. Tencer* — Un cas de coup de glotte paroxysmale chez ud adulte 40

Dr. *N. Wołkowyski*—Sur la question de la polyurie après l'amygdaléctomie 43

Analyses 67

Compte rendu de la Section Vars. de la Soc. O.R.L. 71

Compte rendu de la Section Poznanienne de la Soc. O. R. L. 77

Chronique 79

Résumé des articles 83

TOM XI. ZESZYT 1.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUK. „PAX", WILNO, ŚW. IGNACEGO Nr. 5



ś. p. Dr. Wojciech Grabowski

Gen. brygady w st. sp.

W dniu 14 października b. r. odprowadziliśmy na wieczny spoczynek jednego z najstarszych naszych członków, ś. p. Generała D-ra Wojciecha Grabowskiego, długoletniego wice-prezesa Sekcji Pozn.-Pom: P. T-wa Oto-Laryngologicznego.

Kiedy ciężka płyta grobowa zapadła nad trumną, kryjącą Jego doczesne szczątki, kiedy zamknęły się podwoje bramy cmentarnej, żal niewymowny okrył żałobą serca nasze po stracie nieodżałowanej pamięci ukochanego Kolegi. I dziś gdy biorę pióro do ręki, by w kilku choć słowach skreślić wspomnienie o Nim, zdaję sobie dokładnie sprawę z tego, jak wielką i niezastąpioną lukę wywołała Jego śmierć w szeregach naszego zrzeszenia i obywateli miasta Poznania.

Ś. P. Dr. Wojciech Grabowski urodził się 9.XII 1867 r. w Tokarzewie pow. Ostrzeszów z Ojca Bronisława, właściciela ziemskiego i Matki Michaliny Oppeln-Bronikowskiej. Gimnazjum ukończył w roku 1885 w Ostrowie, poczem zapisał się na wydział lekarski w Krakowie, skąd po roku przenosi się do Berlina, gdzie w roku 1894 zdał państwowy egzamin lekarski. Stopień D-ra med. uzyskał

w Lipsku w roku 1895 na podstawie rozprawy „Echinococcus wątroby. Przez 4 lata pracuje kolejno na oddziale otolaryngologicznym prof. Trautmanna i Jansena, poczem osiedla się w Zgorzelicach na Śląsku a po 2 latach w Langenau. Stąd też wyjeżdżał często do Wiednia, kontynuując swe studja specjalistyczne u Politzera i Urbantschitscha. W roku 1901 osiadł w Poznaniu jako specjalista w chorobach gardła nosa i uszu. Przygotowany gruntownie do swego zawodu zyskał wkrótce dużą praktykę, gdyż wszyscy cenili w Nim głęboką wiedzę, szczęśliwą rękę doświadczonego operatora i wielką sumienność w leczeniu. Podczas wojny światowej służył w armji niemieckiej jako pułkownik lek. W roku 1919 widzimy Go w szeregach oswobodzicieli Wielkopolski z pod jarzma niewoli na kierowniczem stanowisku przy organizacji sanitarjatu Wojsk Pol. W służbie czynnej pozostaje do maja 1926 roku jako starszy ordynator oddziału uszno-gardlanego w szpitalu Wojsk. Nr. VII w Poznaniu. W uznaniu wielkich zasług, jakie położył na polu organizacji tego oddziału został mianowany generałem brygady w stanie spoczynku. Klinika nasza ma względem Niego szczególny dług wdzięczności, gdyż w latach początkowej jej organizacji zarówno jego oddział Otolaryngol. w szpitalu wojskowym, jakoteż i w szpitalu dla dzieci św. Józefa (którego był długoletnim ordynatorem) stały zawsze dla nas otworem. Cichy, taktowny a nadewszystko niezwykle skromny, obdarzony nadzwyczajną umiejętnością w postępowaniu z kolegami, wzór cnót obywatelskich, nosił wysoko sztandar etyki lekarskiej, to też zaskarbił sobie wysokie poważanie i uznanie wśród kolegów. Wyrazem tego było powołanie Go przez Izbę Lekarską na członka sądu koleżeńskiego, którą to godność sprawował do końca życia. W stosunku do chorych zawsze niezwykle uprzejmy i delikatny, umiał sobie zjednać w krótkim czasie wielką sympatję i zaufanie tak że kto raz się z nim zetknął, był, jak się ogólnie wyrażano, oczarowany Jego Osobą.

Niechaj garść tych wspomnień będzie wiązanką niewiędnących kwiatów, które w imieniu naszej sekcji kładę na mogiłę niezapomnianej pamięci naszego wice-prezesa, a ich gałązki niech splotą te słowa: „Wielkim był On zaiste w skromności“.

Cześć Jego pamięci!

A. Laskiewicz.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Z Kliniki Oto-ryno-laryngologicznej U. J. w Krakowie.
Kierownik prof. dr. med. *Aleksander Baurowicz.*

D-r med. JAN MIODOŃSKI asyst. kliniki.

O ropniach mózgowych i móżdżkowych pochodzenia usznego.

Na podstawie materjałów kliniki od 1928—1932 r.

(dokończenie).

G. W. lat 24, rolnik, żonaty, żona nie roniła, jedno dziecko zdrowe.

Przywieziony 2.XII 33 roku, przytomny, na nogach trzyma się z trudnością. Temperatura 39.6°. Choroba obecna rozpoczęła się przed trzema tygodniami bólami w lewem uchu. W kilka dni później ból głowy rozlany, najsilniejszy w okolicy czołowej lewej. Przed dwoma tygodniami skrzywiło mu twarz, nie może też zamykać lewego oka. Prawie równocześnie ze skrzywieniem twarzy wystąpiły zawroty, które trwają do tej chwili; nie wymiotował. Od wczoraj bóle głowy nasiliły się bardzo. Do obecnej choroby nie zapadał nigdy na zdrowiu, jedynie cierpi od wczesnego dzieciństwa na wyciek z obu uszu.

Stan miejscowy: Ucho lewe oglądaniem niezmienione. Wyrostek tkliwy na ucisk, przewód zewnętrzny wypełniony wydzieliną ropną, śmietankowatą, cuchnącą. Po oczyszczeniu widoczny polip, zamykający prawie całe światło przewodu zewnętrznego.

Ucho prawe: Okolica wyrostka oglądaniem i obmacywaniem niezmieniona. Wypłókano obfitą wydzielinę ropną, w niej masy grudkowate, serowate. W tylnogórnej części bł. bębenkowej duża perforacja dobrzeżna, reszta błony utrzymana.

Słuch w lewem uchu dla stroików, mowy potocznej i akcentowanej zniesiony. W prawem 3 mtr. szeptu W. wprawo.

Oczopląs: jedynie w skrajnych bocznych ślad drobnego poziomego oczopląsu, w prawo-bocznym nieco żywszy. W pośredniem ustawieniu oczu pojawia się co kilkanaście sekund gruby nystagmo-

idalny ruch wlewo. Romberg wlewo. Wskazywanie spontaniczne niedbałe, mniejwięcej trafne.

Chód: na nieco rozstawionych nogach niepewny. Może częściej zbacza wprawo

Obroty na poziome:
po 10 obrotach wprawo: 11 drgnień poziomych, drobnych, w ciągu 13^0
po 10 obrotach wlewo: 14 żywych drgnień poziomych w ciągu 8^0.

Objaw przetokowy po obu stronach ujemny.

Cieplikowo: (rurka *Hartmana*)

po prawej żywa reakcja drżenia i wskazywania (na obu rękach) zarówno przy ciepłej jak i zimnej wodzie.

Po lewej masowa O.

Dno oczu: tarcze bez obrzęku, żyły bardzo silnie rozszerzone.

Kornealny lewy $<$ prawy.

Pozytywne dane neurologiczne:

Bolesność uciskowa gałki lewej. Porażenie VII lewego we wszystkich 3-ch gałązkach zupełne, bolesność ogniskowa kręgosłupa szyjnego, sztywność karku wybitna, odruchy ścięgniste kończyn dolnych bardzo żywe, klonusowate, równe.

Brzuszne prawe $>$ lewe (różnica mała). Po lewej tendencja do *Babińskiego*. Kernig obustronnie wyraźnie +. Dermografizm wybitny

Próby na ataksje w kończynach górnych ujemne.

W moczu ślad białka, pozatem organa wewnętrzne bez zmian.

Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie 250 mm wody, kolejny ucisk na żyły jarzmowe daje podniesienie ciśnienia do 450 mm. Po odpuszczeniu 15 cm ciśnienie 120 mm wody. Płyn mętny, pleocytoza 784 w 3 mm^3, Pandy ++.

Z rozpoznaniem: Otitis media chronica bilateralis, exacerbatio sinistra, labyrinthitis purulenta sinistra, meningitis przystąpiono natychmiast do zabiegu na uchu lewem. Powierzchnia wyrostka sutkowego prześwieca sinawo, po otworzeniu wyrostka ukazują się rozległe części o zabarwieniu szaro-zielonem lub czarnem. Rozległy ropień okołozatokowy, opony móżdżku pokryte szarym nalotem, miejscami kępk. ziarniny. Zmiany dochodzą do kąta piramidy oraz sięgają prawie na 2 palce do tyłu za zatoką. Powierzchnia bloku błędnikowego bez zmian makroskopowych. Błędnik otwarto sposobem *Neumanna II* Ściany vestibulum koloru czarnego. Po oderwaniu opony od porus internus pojawia się płyn mózgowo-rdzeniowy. Opatrunek. W następnych 3-ch dniach temperatura spada stopniowo do normy, samo-

poczucie ciągle się poprawia, pleocytoza spada do 60 ciałek w 1 mm^3, ciśnienie 300 mm wody, Pandy +.

Pierwszego dnia po operacji oczopląs w prawo-bocznym żywszy niż przed zabiegiem.

5.XII. Temperatura ranna i popołudniowa 36.3°, tętno 62/min., twarde. Skargi na silny ból głowy w czole po lewej stronie, promieniujący do korzenia nosa, wymioty.

6.XII. Rano temperatura 36.4°, bóle głowy mniejsze, w bocznych ustawieniach gałek słaby poziomy oczopląs. Oczopląs w lewo-bocznym żywszy nieco niż w prawo-bocznym (przed zabiegiem było odwrotnie) Na ręce ślad ataksji. Przy próbie palco-nosowej ręka lewa zatrzymuje się też wyraźnie przed osiągnięciem celu.

Opatrunek: setony przesiąknięte czarną, cuchnącą silnie wydzieliną; opona móżdżku zielono-szara, nekrotyczna. Oponę nacięto od okolicy porus internus aż do granic zatoki; dobywa się kilka cm treści brunatnej, rzadkiej, fusowatej, poczem wypukla się papkowata masa móżdżkowa. Wprowadzono wziernik mózgowy Nr. 2 — wypływa około 10 cm gęstej ropy. W rozmiękłej papkowatej masie móżdżku nie można mówić o „jamie ropnia". Zasunięto setony. Po południu wyraźny oczopląs 2 st. wlewo, drżenie zamiarowe na ręce lewej wyraźne. Adiadochokineza po lewej zaznaczona, piętowo-kolanowa lewa ++.

9.XII. temperatura 38°, tętno 92/min.

Przy zmianie opatrunku stwierdza się znaczny postęp procesu zgorzelinowego, zarówno na oponach jak i móżdżku. Wśród strzępów opony wypuklają się maziste czarne masy. Z ropy pobranej 6.XII wyrósł proteus. Wobec zgorzelinowego charakteru całego procesu, wstrzyknięto dożylnie 0.30 neosalutanu. W następnych dniach bóle głowy mierne, głównie w czole, chory bez gorączki.

Od 13.XII daje się niewątpliwie zauważyć, że rana oczyszcza się, a cuchnienie niknie zupełnie.

14.XII. dożylna injekcja neosalutanu 0.45.

18.XII rana oczyszczona niemal zupełnie, zmieniła swój charakter wprost niedopoznania. Z móżdżku oddzielają się jeszcze partje nekrotyczne ale o konsystencji więcej zbitej, serowatej.

Części wydzielające się mają kształt wyraźnych ostrosłupów. Szczyt ostrosłupu zwrócony jest ku środkowi móżdżku, podstawa ku powierzchni. Wysokość poszczególnych ostrosłupów około 6 mm.

21.XII. injekcja neosalutanu 0.45.

Rana oczyszczona zupełnie, brzegi opony żywo granulują. Jama ropnia móżdżkowego zupełnie dobrze zaznaczona, otwiera się szero-

ko w kierunku trójkąta *Trautmanna*, powierzchnia jamy ropnia o wyglądzie różowym. Jedynie w okolicy, przylegającej do tylnej ściany piramidy, w najgłębszym punkcie rany pozostaje pólko szarawe; z tegoż miejsca pojawiają się ciągle grudki serowatej masy móżdżkowej, lub kilka kropli śmietankowej ropy. Ze względu na dobry ogólny stan chorego nie podejmowano jednak żadnych energicznych zabiegów i poszukiwań.

W następnych tygodniach gojenie rany postąpiło żywo. Powierzchnia całej rany pokryta zdrową ziarniną, jedynie wspomniane poprzednio miejsce, z którego wydzielały się grudki serowate nie zanika, ale jakgdyby wędruje ku tylnej powierzchni rany. Co kilka dni pojawia się stamtąd kilka serowatych grudek lub kropla ropy.

Stan podmiotowy zupełnie dobry. Przedmiotowo: objawy cerebellarne ustąpiły niemal zupełnie (kontrolował neurolog—Dr. *Bornstein*).

Temperatura stale w normie.

29.I. skargi na pobolewanie w czole.

1.II. Temperatura 38^{0}. Napadowy silny ból po stronie lewej, głównie w czole.

2.II. Bóle głowy jeszcze nieznośniejsze. Z czoła promieniują na grzbiet nosa. W ciągu przedpołudnia kontrolowałem wielokrotnie zachowanie się oczu. Raz zauważyłem zaraz rano słaby oczopląs przy miernem spojrzeniu wlewo. Po chwili (może 15 min.) nie mogłem go już dostrzec. Drugi raz zaobserwowałem oczopląs koło południa; był poziomy, grubo-falisty, czasem skośny-lewy-dolny, widoczny chwilami w pośredniem ustawienie oczu. Ataksji w kończynie górnej wykazać nie można.

Przystąpiono do zmiany opatrunku. Z okolicy skąd pojawiały się serowate grudki wypływa kilka kropli ropy. Rozpoczynając od najgłębszego miejsca rany poprowadzono cięcie, przechodzące przez wspomniane miejsce, następnie zasunięto w powstałą szczelinę wziernik mózgowy Nr. 11 — wypłynęło około 5 cm gęstej śmietankowatej ropy.

Przy dokładniejszem wziernikowaniu jest widoczne, że chodzi o głęboki szczelinowaty ropień. Setonage. Po założeniu opatrunku skontrolowano oczopląs, który wzmógł się znacznie i przybrał charakter skośny-lewy-dolny. Wieczorem chory zamroczony.

3.II. Bóle głowy mniejsze, prostracja ustępuje. Oczopląs tylko chwilami 2 st. wlewo. W zakresie rany zaznacza się wyraźne wypuklenie mózgowia. O ile poprzednio powierzchnia rany była lejkowato zaciągnięta, to obecnie zaznacza się nawet lekkie wypuklenie.

4.II. Temperatura 38°, chwilami chory jęczy i narzeka na bóle w czole, to znów wpada w wyraźną euforję i opowiada rozgłośnie różne epizody ze swego życia w ten sposób, że pobudza do śmiechu innych chorych. Oczopląs wlewo poziomy 2 st. niekiedy występuje kilka drgnień pionowych dolnych. Wyraźna ataksja w lewej ręce mniejsza w lewej nodze. Siła lewej ręki mniejsza niż prawej. Tętno nieregularne, słabo napięte, około 130/min.

6.II. Temperatura ranna 39°. Ból głowy, wymioty.

Stan neurologiczny nie uległ wyraźnej zmianie. Przy opatrunku stwierdza się wypuklenie mózgowia wielkości małego jaja kurzego. Na szczycie wypuklenia widoczne jakby dwie wargi pomiędzy któremi tkwią setoniki.

Nakłucie lędźwiowe: Wypływ bardzo żywy, wypuszczono 20 cm płynu i wpuszczono 5 cm cylotropiny. Pleocytoza 1500, Następnych dni stan subjektywny lepszy, temperatura najwyższa 37.8°, codziennie wstrzykuje się 2 razy po 30 cm 40°/o glukozy oraz 5 cm hemtyzalu.

11.II. Prolaps zmniejszył się wydatnie i ulega rozmiękczeniu, staje się wiotki. Następnych dni prolaps nabiera konsystencji papkowatej. Wśród papkowatej masy zaznaczają się smugi nitkowate, odcinające się swą konsystencją od otoczenia.

14.II. Poza skąpym pączkiem postronkowatej tkanki, odchodzącej od powierzchni mózgowia, stanowiącej obecnie powierzchnię lekko wklęsłą — z prolapsu nie pozostało ani śladu. Głowa nie boli.

Temperatura 37.2°. Ataksja kończyny górnej i dolnej lewej wybitna, żywy oczopląs poziomy, długo — falisty II. st. wlewo, I. st. wprawo; przy patrzeniu w dół wyraźny pionowy dolny ze składową wlewo.

Przy patrzeniu w górę ślad pionowego górnego.

Nakłucie lędźwiowe: płyn jasny, ciśnienie 140 mm wody, pleocytoza 18.

15.II. Rano opatrunek przemoczony płynem wodnistym, również na poduszce rozległa mokra plama. Przy zmianie opatrunku stwierdza się, że cała powierzchnia rany jest znacznie wciągnięta wgłąb, a u podstawy pasemkowatej wiązki stanowiącej pozostałość po prolapsie pojawia się płyn mózgowo-rdzeniowy. Samopoczucie zupełnie dobre. Stan przedmiotowy jak dnia poprzedniego. Temperatura 37.6°.

Następnych dni opatrunek przemaka coraz mniej, a 18.II. jest suchy okulistycznie: granica tarczy lewej zatarta, bez obrzęku.

Do 11.II. chory czuje się naogół doskonale. Rana wygląda zupełnie dobrze.

12.III. temperatura 38°. Brak apetytu. Głowa ciężka.

13.III. rano zastaję chorego nieprzytomnego, w ciągu nocy niespał, skarżył się na ból głowy, rzucał się, zaczął krzyczeć, a nadranem utracił przytomność. Oczopląs II. st. wlewo poziomy. Poprzednich dni tylko w skrajnem lewem ślad drżenia.

Chory rzuca się i wydaje nieartykułowane okrzyki. Głowy niepodobna ustalić natyle, by można było zrobić opatrunek.

Trzeba było uciec się do zamroczenia eterowego. Przy zmianie opatrunku okazuje się, że poziom dna rany jest wyższy znacznie niż dni poprzednich. Nigdzie śladu ropy. Wszędzie żywa ziarnina. W tylnem biegunie ubytku kostnego wykonano punkcję grubą igłą.

Nie wyaspirowano nic, ale po usunięciu igły wydobywa się kropla ropy. W kierunku kanału ukłucia wykonano cięcie, następnie brzegi rozwarto wziernikiem mózgowym nr. II. Ze szczelinowatej jamy ropnia wypłynęło niewiele wydzieliny ropnej.

Nakłucie lędźwiowe: wypuszczono 10 cm płynu prawie mlecznej barwy i wpuszczono 7 cm cylotropiny. W 2 godziny później chory wykrzykuje pojedyńcze słowa, na pytania odpowiada. Zapytany, co było w nocy, odpowiada „nie pamiętam". Oczopląs III. st. wlewo grubo-falisty. Przy patrzeniu w dół oczopląs pionowy dolny.

W kończynie górnej i dolnej lewej wybitna ataksja. Przy trafianiu do celu ręka lewa lata poprostu na wszystkie strony.

Również w prawej ręce ślad ataksji. Mowa wydaje się jakby nieco skandowana.

14.III. Oczopląs nieco słabszy. Ataksja w kończynach znaczna, słabsza jednak niż poprzednio. Samopoczucie wyraźnie lepsze, temperatura 37.6°, tętno 68/min.'

W następnych dniach zaznacza się stale poprawa. Chory czuje się dobrze. Temperatura w normie, bólów głowy niema, apetyt i sen dobre. Jama ropna wydziela skąpo.

28.III. Ból głowy w czole, wymioty, temperatura 39.5°, tętno 110 pleocytoza 795 w 1 mm^3. Przy zmianie opatrunku pojawia się z przedniego bieguna rany, utworzonego przez tylną ścianę piramidy kilka kropli gęstej ropy. Przy obmacywaniu sondą tejże okolicy, wyczuwa się w głębi nagą kość. Przystąpione do rewizji rany na stole operacyjnym i wydobyto blaszkowaty sekwestr kostny, leżący prawie zupełnie wolno wśród ziarniny. Podkowiasty kształt sekwestru, oraz okolica, skąd go wydobyto, wskazują, iż stanowi on prawdopodobnie część obrzeżenia porus internus.

23.III. Temperatura najwyższa 38.6°, chory czuje się lepiej.

24.III. Temperatura najwyższa 37.5^0, bóle głowy ustąpiły zupełnie. Żywy oczopląs II. st. poziomy. oraz pionowy dolny, przy patrzeniu w dół.

30.III. Przy wziernikowaniu szczeliny ropnia pojawiło się około 5 cm gęstej śmietankowatej ropy. Następnego dnia przy głębokiem założeniu wziernika pojawiło się znowu sporo ropy.

Wziernik założony był tak głęboko, że sięgał nieledwie do linji strzałkowej czaszki — tak też głęboko zasunięto setony. Chorego pilnowano by leżał jaknajwięcej na boku lewym (t. j. na stronie chorej) 1.IV. Oczopląs uspokoił się znacznie tak, że w położeniu pośredniem zupełny spokój.

Od tej pory gojenie postępuje szybko, bez żadnych dalszych powikłań, tak, że 9.V. rana zagojona w zupełności. Temperatury stale prawidłowe, sen i apetyt dobre. Bólów głowy nie odczuwa zupełnie, stosunki w płynie mózgo-rdzeniowym prawidłowe.

W ciągu ostatniego miesiąca leczenie ucha prawego doprowadziło do zupełnego osuszenia.

11.V. przeprowadzono badanie wraz z neurologiem (Dr. *Bornstein*)

Subjektywnie: skargi na niepewność przy chodzeniu, pozatem bez żadnych dolegliwości.

Przedmiotowo: ustawienie głowy nie odbiega od normy. Ruchomość głowy nieograniczona. Czaszka na opuk niebolesna, Źrenice bez zmian.

Ruchy gałek ocznych nieograniczone. Odruch spojówkowy i rogówkowy lewy zniesione, całkowite porażenie w zakresie VII lewego, zaznaczona atrofja lewego policzka. Inne nerwy czaszkowe bez zmian.

Kończyny górne: lewa nieznacznie słabsza. Tonus lewej wyraźnie obniżony. Przy rękach wyciągniętych przed siebie i zamkniętych oczach, kończyna lewa opada ku dołowi ruchem schodkowatym i osiąga około 15 cm obniżenia. W tej pozycji utrzymuje się już czas dłuższy. Na palcach ręki lewej daje się nadto zauważyć co następuje:

Palec V oraz kciuk wykonują szybkie ruchy odwodzenia i przywodzenia, zaś reszta palców w tym samym rytmie wykonuje ruchy zginania i wyprostowywania w stawach śród - ręczno - paliczkowych. Ruchy przywodzenia oraz zginania są wyraźnie szybsze od ruchów odwodzenia, prostowania. Ruchy te nie są ciągłe, lecz występują w przerwach około 30 — 40″ i trwają 10 — 15". Ruchy te zaznaczają się tylko w pronacji; w supinacji znaczy się tylko dłoniowe przygięcie palców. Przy ustawieniu pośredniem między supinacją

a pronacją, tylko kciuk wykonuje takie ruchy, jak powyżej opisano. Ruchy te występują napadowo co $\pm$ 60″ i trwają około 30“. Nadto kończyna lewa zbacza w całości w dół i nazewnątrz. Palcowo-nosowa: po lewej +++ po prawej + Stevart — Helmes po lewej++.

Diadochokineza niezgrabna na obu rękach, na lewej znacznie gorsza.

Stwierdza się pewne zaburzenia w umiejscowieniu punktów dotkniętych na ciele. Po dotknięciu ołówkiem jakiegoś punktu na klatce piersiowej i na brzuchu, polecano choremu wskazać to miejsce wskazicielem ręki prawej (palec posmarowany atramentem). Punkt wskazany leżał prawie stale na lewo i do góry od punktu dotkniętego. W zakresie przedramienia lewego przeważało wskazywanie do góry. Współrzędne błędu wynosiły od 3 — 5 cm.

Badanie oceny ciężaru nie dało żadnych pewnych wyników: n. p. przy ocenie ciężarów 50 grm. — na 6 prób otrzymano: 1 raz lewy > prawy, 2 razy prawy > lewy, 3 razy prawy = lewy.

Kończyny dolne: różnicy w sile, w żadnym stawie nie stwierdza się.

Tonus na lewej<prawej. Patellarny lewy>prawy (różnica mała).

Achillesowy lewy > prawy, (różnica mała). Tendencja do *Babińskiego* po lewej. *Oppenheim* po lewej +. Ataksja po lewej+. Odruch rzepkowy wahadłowy po lewej wyraźnie zaznaczony.

Przy podnoszeniu się z pozycji leżącej (podudzia zwisają ze stołu), podudzie lewe podnosi się wydatniej niż prawe. Stanie w pozycji *Romberga* — nawet przy oczach otwartych — niemożliwe. Wali się wlewo i nieco ku przodowi. Na nogach rozstawionych stoi, i nie traci równowagi przy zwrotach głowy.

Chód: Przy oczach otwartych chodzi na szeroko rozstawionych nogach z tułowiem przechylonem wydatnie ku przodowi, zatacza się silnie wlewo; zaznacza się propulsja. Oczopląs samoistny (mierzony kątomierzem lusterkowym): w pośredniem spokój, przy spojrzeniu 20^0 wlewo pojawia się oczopląd poziomy wlewo. Przy patrzeniu wprawo dopiero w skrajnem drobniutkie poziome drżenie wprawo. Przy patrzeniu w górę pojawia się czasem pojedyńcze drgnienie pionowe górne.

Przy patrzeniu w dół, żywy oczopląs pionowy dolny.

Wskazywanie spontaniczne: obiema słabo, lecz wyraźnie w lewo.

10 obrotów wprawo (na poziome): żywe drżenie poziome w lewo trwa 17^0. Wskazywanie prawie jak samoistne, t. j. obie ręce wlewo. Zawrotów nie odczuwał.

10 obrotów wlewo (na poziomie): drżenie odpowiednio, podobne do poprzedniego trwa 18^0. Wskazuje obiema rękami silnie wlewo,

przyczem ręka prawa idzie energiczniej do środka, niż lewa na zewnątrz (*Erben*).

Chory opuścił klinikę jako wyleczony.

Epikryza: w ciągu długiego i burzliwego przebiegu choroby spotykamy szereg ciekawych epizodów, z których choćby kilka chcę nieco omówić.

W pierwszych dniach po zabiegu mamy przed sobą obraz niewątpliwej poprawy. Spadek temperatury, ustępowanie bólów głowy, spadek pleocytozy, dobre samopoczucie skłaniają do przypuszczenia, że jednak mimo tak poważnych zmian znalezionych przy operacji sprawa przybierze korzystny obrót. Wnet jednak pojawiają się gwałtowne bóle głowy i to znowu głównie w czole; temperatura niska (36.3^0), ślad ataksji lewostronnej oraz nieznaczne wzmożenie drzenia w stronę chorą. Rewizja rany w tym okresie wskazuje zgorzel opony twardej, oraz ropień móżdżku. Ropień ten jest bez wyraźniejszego ograniczenia, wykazuje ropę rzadką, silnie cuchnącą, oraz rozległy proces encephalityczny. Odczuwanie bólu głowy w czole przy ropniu móżdżkowym jest nam zrozumiałe na podstawie wywodów *Krausego*.

Tentorjum cerebelli unerwione jest przez ramus recurrens *Arnolda* pochodzący z V; okolica sinus petrosus superior zaopatrzona jest także przez tę gałązkę. Również z V_1 pochodzi ramus meningeus anterior, odchodzący od n. ethmoidalis. Stąd ma pochodzić promieniowanie bólów do czoła przy procesach tylnej jamy, atakujących tentorjum i okolicę sinus petrosus superior.

Charakter znalezionego ropnia musiał—według wywodów *Neumanna i Birkholza* — skierować uwagę na beztlenowcową naturę drobnoustrojów, wywołujących ropienie (z ropy wyrósł proteus).

Zapach wydzieliny oraz wygląd rany skłoniły mnie do zastosowania neosalutanu, który w odpowiednich przypadkach angin zgorzelinowych, ropni płuc i t. p. działa niewątpliwie korzystnie. Przy obserwowaniu dalszego przebiegu sprawy odniosło się zupełnie zdecydowanie to wrażenie, że korzystne działanie neosalutanu nie ulega tutaj wątpliwości.

Obserwacja oczopląsu w tym przypadku była bardzo interesująca. Bezpośrednio przed zabiegiem mamy oczopląs tylko w skrajnych bocznych odpowiednich, żywszy nieco w prawo-bocznym. Po operacji, przy której błędnik został doszczętnie usunięty — tylko przez 1 dzień oczopląs przy patrzeniu wprawo był żywszy niż przed operacją, a w lewo-bocznym nie zmienił się. Dopiero przy narastaniu innych

objawów dało się stwierdzić chwilowe zmiany w zachowaniu się drżenia. Tylko częsta i dokładna obserwacja zdołała uchwycić momenty silniejszego drżenia w lewo, niż w prawo-bocznym. Ten objaw, aczkolwiek słabo zaznaczony, jednak w łączności z resztą obrazu klinicznego kazał przypuszczać istnienie ropnia móżdżkowego. Przy ropniach móżdżkowych oczopląs o ile zaznaczy się — uderza najczęściej w stronę chorą, może jednak uderzać i w zdrową. Stan błędnika i bodźce z niego płynące oraz stan móżdżku mogą stwarzać dość zawiłe warunki, od których zależeć będzie zachowanie się oczopląsu. Orjentacyjnie cenne są w tym względzie wytyczne, jakie podał *Neumann*. I tak oczopląs w stronę chorą pochodzić może albo od schorzenia w tylnej jamie czaszki, albo od ograniczonego zapalenia błędnika (labyrinthitis circumsripta). Jeśli za oczopląs ten odpowiadał błędnik, to po operacji błędnikowej oczopląs odwraca się. Przy zupełnej nie pobudliwości błędnika, oczopląs w stronę chorą przemawia wprost za schorzeniem w tylnej jamie. Przy zupełnej niepobudliwości błędnika oczopląs w stronę zdrową zależeć może albo od sprawy błędnikowej, albo od „móżdżkowej". Jeśli zależny jest od błędnika, to po operacji błędnikowej ginie w ciągu 2—3 dni; jeśli zależy od „sprawy móżdżkowej", to albo potęguje się, albo odwraca. W tym przypadku mieliśmy do czynienia ze słabem, ale wyraźnem jednak spotęgowaniem drżenia w stronę chorą po usunięciu błędnika. Widzimy więc, że zachodzą czasem takie warunki, że dopiero operacja błędnikowa może bliżej sprecyzować naturę drżenia (*Jansen*, *Neumann*).

Oczopląsu przy ropniu móżdżkowym nie możemy pojmować jako oczopląsu móżdżkowego w ścisłem tego słowa znaczeniu. Według badań *Leidlera* i *Brauera* oraz *Brauera*, *Magnusa* i de *Kleyna*, z substancji móżdżkowej oczopląsu nie można wywołać. Oczopląs „móżdżkowy" jest objawem, wywołanym przez wpływ na centra przedsionkowe. Podrażnienie, diashiza, porażenie—to momenty, które decydować będą o kierunku i charakterze drzenia.

Lund jest zdania, że oczopląs w stronę chorą jest wyrazem podrażnienia ośrodków błędnikowych tej samej strony, zaś oczopląs uderzający w stronę zdrową — jeśli go zidentyfikujemy jako oczopląs centralny—jest skutkiem poważnego uszkodzenia centralnego — przedewszystkiem *Deitersa*.

Jeśli już nie będziemy wprowadzali rozważań *Spitzera* i pozostaniemy przy wspomnianych poglądach—to jak możnaby tłumaczyć sobie zachowanie się oczopląsu w naszym przypadku? Charakterystycznym szczegółem, który powtarzał się w ciągu obserwacji kilka-

krotnie, było zachowanie się oczopląsu w zależności od opróżniania ropnia. Oczopląs ten pojawiał się, względnie wzmagał wybitnie po opróżnianiu ropnia i był skierowany głównie w stronę chorą. Musimy sobie powiedzieć, że czynnik, który przy pewnem nasileniu daje objawy podrażnienia (oczopląs w stronę chorą), nasilając się stopniowo, dojdzie do tej granicy, że da objawy porażenia (oczopląs w stronę zdrową). Powinnaby więc istnieć taka strefa nasilenia w działaniu, że oczopląs będzie miał charakter zmienny albo nie będzie miał warunków wystąpienia; wtedy pewne zaawansowanie się sprawy względnie jej odciążenie, zadecyduje o kierunku, jaki oczopląs przybierze. Tak można tłumaczyć żywy oczopląs w stronę chorą, występujący po odciążeniu ropnia, tem się też tłumaczy zła prognoza — jak to wynika z zestawienia *Lunda* — tych ropni móżdżkowych, gdzie oczopląs „móżdżkowy" był od początku w stronę zdrową. Za objaw pogorszenia uważać więc trzeba, gdy oczopląs, w stronę chorą odwróci się.

W opisanym przypadku spostrzegało się też czasem wybitną składową pionową oczopląsu. *Ruttin*, który miał podobny przypadek, uważa, że oczopląs pionowy zależy tutaj od wypuklenia się ściany ropnia ku komorze IV. Ciekawym objawem, który wystąpił pod koniec obserwacji, były opisane ruchy palców ręki lewej. Wytłumaczenia tego objawu szukać może należy w uszkodzeniu systemu *Deiters* — bracchium conjuctivum — nucleus ruber. Uszkodzenia tego systemu prowadzą bowiem do wyzwalania się ruchów choreatycznych, atetoidalnych oraz tremoru. Wypadnięcie bodźców odmóżdżkowych ma prowadzić tutaj do rozhamowania impulsów pochodzących ze splotów przodomóżdża.

P. E. lat 8, przywieziony na klinikę 5.V.32 w stanie nieprzytomnym. Z wywiadów od matki: Po szkarlatynie, przebytej w 3 roku życia, ropotok z obu uszu bez przerwy aż do chwili obecnej. Od szkarlatyny słuch bardzo słaby, w ostatnich latach jeszcze się pogorszył. Na bóle głowy cierpi często. Przed rokiem był ból głowy z wysoką gorączką, przez kilka dni bredził.

Obecna choroba trwa od tygodnia, t. j. gorączkuje do 39^0, skarży się na ból w czole, zupełny brak apetytu, wymioty, dreszcze. Wczoraj, rano stracił przytomność.

Stan obecny:

Chłopak 8-letni, wychudzony, nieprzytomny, leży z głową skręconą wprawo i odgiętą ku tyłowi. Od czasu do czasu wydaje jęk. Skóra sucha, brzuch zapadnięty, oczy szeroko otwarte wykonują

co chwila ruchy toczące w różnych kierunkach. Źrenice szerokie, równe, reakcja na światło niepewna. Odruchy ścięgniste i okostnowe ogólnie słabe, brzusznych brak. Sztywność karku wybitna. Ręce chorego uniesione do góry utrzymują się tylko chwilę w tej pozycji, poczem ręka lewa chwieje się i opada, a prawa trzyma się w nadanej pozycji dłuższą chwilę. Tę próbę z rękami powtórzono parokrotnie zawsze z tym samym wynikiem. Tonus wydaje się po stronie lewej nieco mniejszy niż po prawej. Przy osłuchiwaniu stwierdza się rozsiane świsty i furczenia, śledziona macalna, w moczu ślad białka. W przewodach zewnętrznych obu uszu obfita cuchnąca wydzielina ropna.

Po oczyszczeniu widoczna w głębi ziarnina — po obu stronach.

Gruczoły na wyrostkach, pod płatkami, oraz głębokie szyjne obustronnie znacznie powiększone, pod płatkiem prawym pakietowate.

Przy ucisku na okolicę wyrostka prawego oznaki bólu. (?)

Cieplikowe: po obu stronach brak pewnego śladu odczynu.

Odruch uszno-powiekowy po prawej może+, po lewej—.

Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie 200 mm wody, pleocytoza 396 w 1 mm, Pandy+.

Że chodzi o powikłanie śródczaszkowe pochodzenia usznego, to nie ulegało większej wątpliwości — ale określenie, jakich bliższych szczegółów było tutaj trudne. Już określenie strony, skąd powikłanie się rozwinęło, pozostawiało wątpliwości. Ze względu na zaznaczający się niedowład kończyny górnej lewej, a równocześnie silniejsze oznaki bólowe przy ucisku na okolicę wyrostka prawego zdecydowano się otworzyć najpierw stronę prawą.

Operacja doszczętna po prawej. Znaleziono masy perlakowate w antrum i attyku, nie docierające do opon. Odsłonięte opony średniej i tylnej jamy oraz zatoka, okazały się bez zmian makroskopowych. Opatrunek — i przystąpiono do operacji lewego ucha.

Przy pierwszych uderzeniach dłuta pojawia się obfita, cuchnąca ropa, wyrzucana w rytmie tętniącym. Wydłótowano wyrostek, wykonano doszczętną. Okolicę zatoki odsłonięto szeroko, opróżniając duży ropień nadoponowy, zajmujący okolicę zatoki i drążący wgłąb trójkąta *Trautmanna*. Opona móżdżku oraz okolica zatoki są pokryte grubą warstwą ziarniny. Po oczyszczeniu powierzchni bloku błędnikowego okazuje się gniazdo wyraźnie zmienionej kości, leżące do tyłu i dołu od wyniosłości kanału półkolistego poziomego—odpowiadające okolicy kanału czołowego. Przy wyłyżeczkowywaniu rozmiękłej kości, znaleziono istotnie przetokę w kanale czołowym. Przystąpiono do otwarcia błędnika sposobem *Neumanna* II. Opona pokryta ciągle ziarniną,

daje się łatwo odsuwać od tylnej ściany piramidy. W bliskości porus internus przy odchyleniu opony wypływa z pośród ziarniny sporo rzadkiej ropy, która wypełnia w znacznej mierze lej pooperacyjny. Po ukończeniu operacji błędnikowej (płyn mózgowo - rdzeniowy nie pojawił się), nacięto oponę móżdżku, zaczynając nieco powyżej od okolicy porus internus, ku zatoce. Znowu wydatny wypływ ropy, a następnie wypukla się rozmiękła tkanka móżdżkowa. Zasunięto wziernik mózgowy nr. I. i po rozchyleniu jego ramion stwierdzono w móżdżku jamę wielkości—o ile dało się ocenić orzecha włoskiego. Setonage, bez drenu, opatrunek. Przez kilka godzin po zabiegu stan chorego zły, tętno chwilami niewyczuwalne, oddech nieregularny. Zastosowano odpowiednie środki. Wieczorem napięcie tętna poprawiło się wyraźnie, oddech stał się regularny około 25/min.

6. V. Rano temperatura 37.7^0, tętno regularne, około 120/min. nieźle napięte. Chory poznał matkę, upomina się o wodę. Stolec i mocz oddał pod siebie. Popołudniu temperatura 38.4^0, chory znacznie jednak przytomniejszy niż rano, moczu nie oddaje pod siebie, lecz woła „na stronę".

7. V. temperatura rano 37.7^0, chory upomina się o śliwki. Przy zmianie opatrunku pojawia się za setonem leżącym między oponą a kością okolicy porus internus obfita ropa; setony, usunięte z ropnia móżdżkowego, są przepojone treścią brunatną mazistą, za niemi ledwie pojawia się kilka kropli płynu ropiastego.

Odczyn źrenic na światło żywy, dno oczu bez zmian, oczopląsu nie stwierdza się. Pleocytoza (wypuszczono tylko 1 cm^3 płynu) 76 w 1 mm^3. Z ropy pobranej przy zabiegu wyrosły łańcuszkowce Płyn mózgowo-rdzeniowy jałowy.

9.V. temperatura w normie, chory upomina się o jedzenie, żąda ciastek i wody ze śliwek, polecenia spełnia trafnie i dobrze, na pytania odpowiada krótko, tak lub nie.

Adiadochokineza na lewej wyraźnie zaznaczona.

Przy palcowo-nosowej lewej gruby tremor.

Ślad drobnego oczopląsu poziomego w prawo-bocznym. Jama ropnia wydziela niewiele, zmniejszyła się wydatnie. Zaznacza się dziś wyraźnie pareza $VII_{2\,3}$ lewego. W dalszym przebiegu pojawiały się bóle w czole po stronie lewej, czemu towarzyszył wzmożony wypływ ropy—lecz nie z jamy ropnia, która goiła się gładko, lecz z otworu utworzonego przez oponę, oderwaną od porus internus oraz tylnej ściany piramidy.

Od 24.V. ropa nie pojawia się i stamtąd. Jama ropnia znikła niemal zupełnie, utrzymuje się jeszcze płaskie zupełnie wgłębienie.

2.VI. badanie neurologiczne wykazuje: ślad niedowładu w ocznej i ustnej gałązce Nr. VII lewego. Odruch rogówkowy lewy nieco słabszy niż prawy. Nieznaczna ataksja kończyny lewej górnej przy próbie palcowo-nosowej.

Adiadochokineza po lewej zaznaczona.

Chód nieco dysmetryczny, na lekko rozstawionych nogach, ramie lewe wysuwa nieco ku przodowi. Przy zwrotach zatacza się czasem w lewo. Pozatem bez zmian neurologicznych.

Słuch na prawem: około 20 cm mowy potocznej, oczopląs.

W dalszym przebiegu gojenie się ran na obu uszach postępuje żywo i doprowadza do zupełnego pokrycia nabłonkiem obu jam po operacyjnych.

Wypisany jako wyleczony.

Stan, w jakim chorego przywieziono, uniemożliwiał dokładniejsze postawienie rozpoznania. Że chodzi o meningitis, to można było powiedzieć napewno — ale czy pozatem tkwi jeszcze ropień mózgowy?

Na podstawie tych skąpych danych, jakiemi rozporządzaliśmy, można było liczyć się ewentualnie albo z prawostronnym ropniem skroniowym, lub lewostronnym móżdżkowym (wtedy pareza ręki lewej mogłaby się tłumaczyć uciskiem poniżej skrzyżowania piramid). Poza granice niepewnych przypuszczeń wyjść się jednak nie dało. Postanowiliśmy sobie, że poszukamy najpierw zmian makroskopowych na oponach i zatoce—i jeżeli zmian takich nie stwierdzimy po stronie prawej, (która wydała się nam więcej podejrzaną), to poszukamy następnie po lewej. Jeśli zmian makroskopowych po obu stronach nie znajdziemy — to najpierw będziemy poszukiwać ropnia mózgowego po prawej, a jeśli to zawiedzie, to szukać będziemy ropnia móżdżkowego po lewej. Wobec stanu, w jakim chory się znajdował, nie było nic do stracenia. W toku operacji zastosowaliśmy pośpiech maksymalny, na jaki nas stać było (operacja prawostronna trwała 12 min.). Jeśli w zwykłym przypadku nigdy zbyt pośpiesznie nie operujemy i uważamy, że dla pośpiechu — jak powiada *Neumann* — trzeba specjalnego wskazania, to w tym przypadku okoliczność ta zachodziła.

Pomyłkę naszą co do strony (winną była lewa strona, a rozpoczęliśmy od prawej) wyrównaliśmy szczęśliwie tem postanowieniem, że szukać najpierw będziemy zmian makroskopowych na oponach

i zatoce. Istotnie dalszy przebieg postępowania wykazał nam takie zmiany po stronie lewej, a nadto znaleźliśmy i ropień móżdżkowy.

Tak więc bezwzględnie radykalne stanowisko wobec przypadku, który mógł się wydać straconym, doprowadziło jednak do uratowania chorego.

Z przedstawionych 5 ropni móżdżkowych, 4 należy uważać pochodzenia przez-błędnikowego (II. III. IV. V.), zaś 1 (I) pochodzenia zatokowego.

Zgadzałoby się to z zestawieniem *Jansena*, który oblicza, że około 85% ropni móżdżkowych jest pochodzenia przez-błędnikowego. We wszystkich 5 przypadkach mieliśmy proces przewłoczny w uchu, co również pokrywa się z innemi zestawieniami, z których wynika, że ropień móżdżku powstaje najczęściej z ucha przewłocznie ropiejącego.

U Politzera na 25 przypadków notowano raz tylko otitis acuta, z 12 przypadków *Bracka*—1 przy otitis acuta; na 13 ropni *Jansena*— wszystkie przy otitis chronica.

Z przedstawionych 5 przypadków, 2 zostały wyleczone—t.j. 40%.

A teraz kilka uwag co do leczenia ropni pochodzenia usznego.

Nie podlega dziś większej dyskusji pogląd, że ropień pochodzenia usznego — nie mówię tu o rzadkich zresztą bardzo ropniach usznych przerzutowych (*Preising*)—musi być leczony chirurgicznie wraz z uchem z którego pochodzi. Ograniczenie się do otwarcia ropnia mózgowego, bez chirurgicznego leczenia przynależnego ucha, jest niedostateczne w większości przypadków postępowanie takie uznać należy za błędne i nieusprawiedliwione. Jednym z zasadniczych warunków trwałego wyleczenia będzie doszczętne usunięcie tego całego ogniska chorobowego, z którego powikłanie śródczaszkowe wzięło swój początek. Dlatego leczenie ropni pochodzenia usznego, musi bezwzględnie należeć do lekarza, posiadającego otiatryczne wykształcenie. Że chirurg— o ile nie posiada wykształcenia otiatrycznego — do leczenia tych ropni brać się nie powinien, to pogląd, o który dzisiaj na szczęście nie trzeba już walczyć. Zarówno względy techniczne jak i diagnostyczne stwarzają warunki tego rodzaju, że racjonalne ich rozwiązanie wymaga dokładnej znajomości fizjologji i patologji ucha.

W szczególności ropnie móżdżkowe, które w przeszło 80% przypadków są pochodzenia przez-błędnikowego, wymagają dokładnej znajomości spraw błędnikowych, by zarówno djagnostyczne jak i techniczne nasze postępowanie nie było prowadzone naoślep.

Co do sposobu bezpośredniego wykazania ropnia mózgowego, to jak dotąd sposoby te pozostawiają niestety wiele do życzenia.

Bezpośrednie wykazanie ropnia mózgowego polega na wykazaniu ropy w tkance mózgowej — przyczem nie wystarcza wykazanie, że ropa znajduje się w takiem miejscu, w jakiem normalnie powinna leżeć tkanka mózgowa.

Ropnie pod-względnie-między-oponowe mogą n. p. imitować niekiedy ropień mózgowy. To też naoczne sprawdzenie przekroju warstw, które dzielą dany ropień od powierzchni opony, może w pewnych warunkach stanowić dopiero dostateczny sprawdzian, z czem mamy doczynienia.

Tymczasem sprawa bezpośredniego wykazania ropy, nasuwa wiele teoretycznych wątpliwości i zastrzeżeń, które na szczęście nie są w całej rozciągłości tak usprawiedliwione, jakby na oko wydawać się mogło.

To zagadnienie częściowe djagnostyczne, a w większej jeszcze mierze terapeutyczne, nasuwa się nam z chwilą, gdy mamy zapuścić instrument wgłąb tkanki mózgowej by zdobyć bezpośredni dowód, że w mózgu toczy się proces zapalny ropny, względnie, że go tam niema. Czy punktować mózg igłą, czy nacinać, jak to uskutecznić, by nie przynieść szkody choremu? każde wprowadzenie instrumentu wgłąb tkanki mózgowej, gdy idziemy z pola zakażonego, musi teoretycznie wywoływać wiele wątpliwości. Wydać się też może, że djagnostyczne wprowadzenie instrumentu (igły, nożyka) w tkankę mózgową winno być dokonywane z „pola czystego" — że więc próbna trepanacja z pola odgraniczonego od ropnego ucha jest usprawiedliwione. Jeśli jednak zważymy, że w przypadkach tych „czystości pola" nie decyduje sama powierzchnia opony twardej, lecz i stosunki jakie pomiędzy oponami znajdziemy, to musimy przyznać, że ta czystość jest problematyczna, bo granice procesu zapalnego, toczącego się pod oponą twardą, w żaden sposób nie jesteśmy w stanie określić. Co więcej, jeśli instrument nasz przeszedł istotnie przez „pole czyste" i dotarł do ropnia, który podejrzewaliśmy, to cofając ten instrument zakażamy czyste pole, nieprzygotowane w dodatku przez zlepy oponowe do umiejscowienia tego zakażenia, zaś warunki propagacji w wolne przestrzenie międzyoponowe wydają się znowu bardzo korzystne. Postępowanie więc takie wydedukowane teoretycznie, okazuje się — na podstawie tych samych teoretycznych przesłanek — niebezpieczna i nie przedstawia żadnej właściwie wyższości nad „punktowaniem" z pola zakażonego. W jednym chyba przypadku punkcja z pola czystego mogłaby mieć teoretyczne uzasadnienie t. j., gdy z góry spodziewamy się, że ropnia nie znajdziemy — lecz poco

wtedy punktować wogóle? Sprawę tę możnaby jeszcze rozważać, gdy chodziło o różnicowanie z guzami i t. p. ale to już przekracza ramy referatu.

Co do sposobu wykonywania „punkcji" czy to z zakażonego, czy z czystego pola, to znowu różnie one się przedstawiają. Jedni punktują igłą przez nienaciętą oponę, inni nacinają oponę, potem używają igły, inni używają nożyka. Dla każdego postępowania można przytoczyć różne za i przeciw. Obawa przed niewykryciem ropnia przy pomocy igły może operatora skłonić do użycia nożyka—i znów obawa przed propagowaniem infekcji z szerszego pola i t. p. względy może mu doradzić raczej użycie igły.

Czy „punkcja endotermiczna„ może dać lepsze warunki i stworzyć wspólną platformę dla tych różnych interesów, powiedzieć nie umiem, bo takich doświadczeń nie robiłem — a tylko doświadczenie może tu coś orzec.

Czy wreszcie punkcja mózgu z pola zakażonego jest tak niebezpieczna, jak się teoretycznie wydać może? *Neumann* na podstawie swego doświadczenia dochodzi do przekonania, że na szczęście tak nie jest, i że większe są obawy niż istotne niebezpieczeństwo. Na podstawie naszego dotychczasowego doświadczenia możemy podzielić ten pogląd.

Z 7 przypadków, w których punktowaliśmy z pola zakażonego — w przypadkach, gdzie jak obdukcja, względnie dalsza obserwacja kliniczna wykazały — ropnia nie było, nie doczekaliśmy się w żadnym przypadku złych następstw punkcji. W jednym tylko przypadku, który zmarł na meningitis purulenta diffusa, a żył po punkcji jeszcze tydzień, dostrzeżono naokoło jednego z kanałów wkłucia zmiany encephalityczne ograniczone. Do czego mogły one dalej doprowadzić, gdyby na to był czas, trudno orzec.

Naszem zasadniczem postępowaniem przy poszukiwaniu ropnia jest drobne nacięcie opony twardej i punkcja grubą tępą igłą. Igła taka ma tę dobrą stronę, że nie tak łatwo kaleczy naczynia jak ostra i odsuwa je raczej nabok. Nadto igłą tępą można łatwiej wyczuć torebkę ropnia (jak to podkreślałem w protokółach przytoczonych przypadków), co niekiedy dla pewnych szczegółów djagnostycznych ma swoje znaczenie. Te same okoliczności, o których wspominaliśmy przy punkcji djagnostycznej, napotykamy i przy terapeutycznym drenażu ropnia. Niektórzy obawiają się więcej zakażenia przestrzeni międzyoponowych, inni znowu niedostatecznego drenażu ropnia. Z obawy przed zakażeniem przestrzeni międzyoponowych stosują nie-

którzy (*Macewen, Krause, Miodowsky*) tamponadę drażniącą, zanim przystąpią w następnym akcie do otwarcia opony i ropnia. Inni (jak *Boeninghaus, Brünings*) mają wprawdzie na względzie możność zakażenia przestrzeni podoponowych, większą jednak przywiązują wagę do szerokiego drenażu ropnia i wycinają wręcz te części mózgowia, które stanowią niejako pokrywę, dzielącą jamę ropnia od świata zewnętrznego. Jeśli otwarcia przestrzeni międzyoponowych nie będziemy zbyt przeceniali, to postępowanie *Kinga*, stwarzające z opony twardej duże płatki, wpływające korzystnie na proces granulacyjny, uznać należy za szczęśliwie pomyślane.

Można powiedzieć, że biegunowo przeciwną do metody *Kinga*, jest metoda drenażu włosowatego *Lemaitre'a* Metoda ta—jakby mimowoli—wychodzi z założenia, że największem niebezpieczeństwem przy leczeniu ropni mózgowych jest zakażenie przestrzeni międzyoponowej. Odnosi się też mimowoli to wrażenie, że cała troska leży przy tej metodzie nie tyle w dobrym drenażu ropnia mózgowego, ile w ochranianiu przestrzeni międzyoponowej. Że metoda ta przy ropniach dobrze ograniczonych, otorbionych, może dawać dobre wyniki, tego zaprzeczyć się nie da. Nie można jednak mieć nadziei, by ropień źle ograniczony, tam, gdzie właściwie o jamie ropnia mówić bardzo nie można, mógł być tą metodą skutecznie traktowany. I w tych właśnie przypadkach może nam pomóc lipiodol i zorjentować nas, czy zachodzą warunki konsekwentnego leczenia tą metodą. Sam zresztą znam przypadki, gdzie początkowo drenaż *Lemaitre'a* dobrze funkcjonował, gdzie jednak skończyło się na szerokiem nacięciu ropnia.

Nasze postępowanie, w okresie z którego pochodzą przedstawione przypadki, polegało na dosyć szerokiem nacięciu opony i to albo linijnem lub krzyżowem, na nacięciu tkanki mózgowej i wprowadzeniu wziernika *Killiana*, lub specjalnego wziernika mózgowego. Po wyaspirowaniu możliwie starannem treści ropnia, setonowano pod kontrolą oka (zawsze z reflektorem czołowym) możliwie dokładnie lecz wiotko, całą jamę. Następnie rozsuwano wziernikiem setony we wrotach ropnia tak, by powstała między niemi szczelina, i w tę szczelinę podtrzymywaną ramionami wziernika mózgowego, zasuwano krótki zupełnie lecz gruby dren. Dzięki temu setony, które wypełniały wiotko zupełnie całą jamę, wywierały na ściany wrót wydatniejszy nieco ucisk. Dzięki temu stwarzało się do pewnego stopnia warunki, które mogły sprzyjać zamknięciu się przestrzeni międzyoponowej.

Do wziernikowania ropnia używałem początkowo wziernik *Killiana*. Później zarzuciłem go, uważając, że sprężyna włączona między

ramiona uchwytowe wziernika wpływa niekorzystnie na ocenę ucisku jaki na opony i tkankę mózgową wywrzeć można. Również kształt wziernika nie wydał się do tego celu najwygodniejszy. Zbudowałem też sobie wziernik mający kształt kleszczyków ziarnkowych (korncang) z tem, że ramiona pracujące zastąpione zostały przez listki mające kształt listków wziernika *Killiana*. Wzierniki te wykonała firma *H. Reiner* — Wien. Używam ich w trzech wielkościach (Nr. 1, 2 i 3). Przyczem różnią się one między sobą przedewszystkiem szerokością listków a częściowo i długością.

Do przepłókiwania jamy ropnia uciekaliśmy się rzadko i to tylko w przypadkach ropni dobrze ograniczonych, jakkolwiek przepłókiwanie i to nawet wodą utlenioną stosowane bywa z powodzeniem przez wielu autorów (*Körner*, *Laskiewicz* i inni). W przypadkach ropni źle ograniczonych obawialiśmy się przepłókiwania — zwłaszcza wodą utlenioną — przyczem przyznać musimy, że w obawie tej moment subjektywny odgrywa niewątpliwie pewną rolę. Jeśli jednak chodzi o ropnie mózgowe, to w różnych sposobach traktowania tkwi ciągle jeszcze tyle subjektywnych przekonań i uprzedzeń, że jak myślę, zarzutu z tego powodu robić nam nie można.

Poza leczeniem miejscowem chirurgicznem, stosujemy również i pewne leczenie ogólne, którem wpłynąć chcemy korzystnie na przebieg gojenia się ropnia.

Dwa przedewszystkiem powikłania, t. j. postępująca encephalitis oraz meningitis, stanowią główną klęskę w leczeniu ropni mózgowych. Zarówno nasze obserwacje jak i wielu innych wykazują, że najczęstszem powikłaniem jest postępująca encephalitis, która prowadzi do rozległych spustoszeń w substancji mózgowej, do przebicia dokomorowego, wreszcie i do meningitis diffusa. Szerzenie się meningitis przez zakażenie przestrzeni międzyoponowych u wrót ropnia stanowi naogół rzadsze powikłanie od pierwszego. Więcej przypadków ropni ginie od postępującej encephalitis i jej dalszych następstw, niż od meningitis. Przy ropniach źle ograniczonych, skłonnych szczególnie do niepowstrzymanego szerzenia się w otoczenie, często mamy doczynienia z zakażeniem beztlenowcowem. W tych przypadkach przyszło mi na myśl zastosowanie dożylne preparatów salwarsanowych.

Z protokołów przypadków traktowanych salwarsanem zdaje się wynikać, że leczenie to wywiera korzystny wpływ na proces encephalityczny i że dopomaga dzielnie do oczyszczania się i umiejscowiania ogniska chorobowego. Ponieważ leczenie te stosuję od niedawna,

więc rozporządzam na razie zbyt szczupłem doświadczeniem, bym mógł się zorjentować czy leczenie salwarsanowe spełni choć w części nadzieje, jakie w niem pokładam na podstawie dotychczasowych obserwacyj.

Leczenie meningitis w ropniach mózgowych łączy się równocześnie z leczeniem prolapsu mózgowego, w powstaniu którego wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego gra podstawową rolę.

Przez stosowanie częstego nakłucia lędźwiowego oraz wstrzykiwań dożylnych 40% glukozy staramy się działać obniżająco na ciśnienie śródczaszkowe. Z leczenia tego robiliśmy częsty użytek w naszych przypadkach. Działania nakłucia lędźwiowego w przypadkach prolapsu nie upatruję głównie w chwilowem obniżeniu ciśnienia śródczaszkowego, lecz raczej w korzystnym jego wpływie na przebieg meningitis. Do takich zabiegów, podobnie działających zaliczamy też obfite podawanie dożylnie urotropiny (hemtyzal, cylotropina i t. p.), płókanie worka oponowego w sposób, który już gdzieindziej opisałem, wreszcie w wypadkach rozpaczliwych wstrzykiwanie urotropiny do worka oponowego. Ze wspomnianych zabiegów robiliśmy w opisanych przypadkach bardzo częsty użytek, czego już osobno nie podkreślałem.

Wogóle uważam, że przy leczeniu ropni mózgowych — poza zabiegami miejscowemi na samym ropniu—ważne bardzo jest uwzględnienie leczenia bardziej ogólnego, mającego także na celu podniesienie sił obronnych ustroju.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. P.

W sprawie schorzeń nerwu językowo-gardłowego.

Podał: Prof. Dr. A. LASKIEWICZ.

Powyższy temat należy do stosunkowo rzadko omawianych w naszem piśmiennictwie, mimo, że schorzenia, o których tu będzie mowa, stanowią stały repertuar skarg chorego oraz zmian w gardle, z któremi się każdy z nas od czasu do czasu spotyka. Pierwszy *Weisenburg* zwrócił w r. 910-tym uwagę na zaburzenia w gardle pod postacią napadowo występujących silnych bólów w okolicy migdałków oraz korzenia języka, które w 18 spostrzeganych przez niego przypadkach promieniowały w kierunku ucha i karku po danej stronie. *Dandy*, *Walter*, *Filatow* dodali do tego jeszcze częstość łączenia się tych bólów z nerwicą nerwu trójdzielnego oraz łatwość pomieszania ich z zapaleniem nerwu krtaniowego górnego. *Reichert*, *Martin*, *Misch* i *Usadel* zauważyli nadto w tych wypadkach pojawianie się znaczniejszego ślinotoku, a oprócz tego bóle piekące brzegu języka i podniebienia miękkiego w chwili połykania. W czasie napadu wspomnianego bólu ilość wydzielonej śliny po stronie chorej była dwa razy tak wielka jak po stronie zdrowej. Jej ciężar gatunkowy był znacznie wyższy. Autorowie ci zaznaczają również, że napady nerwobólu językowo-gardłowego zdarzają się przeważnie u osób po 45-tym r. życia i mogą być wywołane przez dotknięcie migdałków podniebiennych, tylnej ściany gardła, korzenia języka oraz przez dłuższe mówienie, kaszel i połykanie. Zakokainizowanie zaś tych miejsc 10% roztw. kokainy znosi wspomniane bóle całkowicie. Przy obmacywaniu szyi od zewnątrz tuż powyżej płyty chrząstki tarczykowej w miejscu, odpowiadającem wejściu nerwu krtaniowego górnego, można wykazać u tych chorych zawsze bolesność na dotyk. *J. Chawany* i *H. Welti* rozróżniają nerwobóle nerwu językowo-gardłowego 1) pierwotne w związku z zapaleniem gardła (po róży gardła j. w przypadku *W. Mischa*), które zjawiają się w różnych odstępach czasu i to przeważnie w okolicy pozażuchwowej, na korzeniu języka, nagłośni i podniebieniu miękkiem; 2) wtórne w guzach mózgowych. Bóle te mogą być wywołane z łatwością przez kaszel, kichanie i ziewanie, połykanie oraz dotknięcie pewnych odcinków śluzówki jamy ustnej i gardła, zwanych: „zone hyperesthésique glossopharyngée". Stąd promieniują bóle te wzdłuż bocznej ściany gardła do ucha; ich natężenie

może być niekiedy tak znaczne, że chorzy ci boją się wprost przełknąć własną ślinę a nadto sam akt połykowy sprawia im też niemało trudności. Nerw językowo-gardłowy przebiegający przez tylny otwór poszarpany (for. lacerum poster.) wchodzi odrazu w związek ze splotem bębenkowym za pośrednictwem zwoju skalistego *Andersa*, który mieści się w przypodstawnej (dolnej) części kości skalistej. Przez zwój ten przebiegają włókna czuciowe i wydzielnicze w kierunku do jamy bębenkowej (n. Cotugno-Jacobson), gl. oticum, nn. auriculotemporalis do przyuszznicy. W dalszym ciągu nerw ten biegnie na zewnętrznej powierzchni zwieracza gardłowego górnego i środkowego, łącząc się z nerwem dodatkowym XI, błędnym X, połączenie XI z X-tym już w górze po wyjściu z czaszki i współczulnym w jeden wspólny splot gardłowy, który sięga ku dołowi do początku przełyku, Poszczególne włókna nerwowe, przechodzące przez ścianę mięsną zwieracza gardłowego, łączą się z komórkami zwojowemi, które są ułożone w dwie warstwy na wzór splotu w ścianie kiszek (plexus myentericus i submucosus) t. j. głęboką, leżącą na wewnętrznej powierzchni zwieracza, oraz warstwę podśluzową. Wspomniany splot zaopatruje cały połyk we włókna nerwowe ruchowe i czuciowe, a w szczególności 3 pierwsze gałązki splotu gardłowego, zawierające większą ilość włókien nerwu błędnego, dodatkowego i współczulnego (od górnego zwoju szyjnego) zaopatrują przedewszystkiem zwieracz gardłowy średni i dolny a oprócz tego mięśnie podniebienno-gardłowe i trąbkowo-gardłowe. Natomiast mięsień rylcowogardłowy oraz zwieracz gardłowy górny są unerwione wyłącznie przez nerw językowo-gardłowy (p. rys. 1-szy). Tenże sam nerw zaopatruje we włókna czuciowe błonę śluzową dolnej części jamy nosowogardłowej, całe gardło środkowe wraz z migdałkami podniebiennemi i korzeniem języka (rami linguales gl. phar. czuciowo-smakowe do papill. circumvall), ku dołowi zaś przeważnie tylno-boczną ścianę gardła aż do zatoki gruszkowatej oraz poziomu chrząstek nalewkowych. Z tych to miejsc wychodzą żywe odruchy połykowe, dławienne i wymiotne.

W omówieniu fizjologji tegoż nerwu oprzeć się należy przedewszystkiem na mechanizmie aktu połykowego oraz powstawaniu odruchów gardłowych Co się tyczy aktu połykowego to, jak wykazały badania *Krausego, Kroneckera* i *Cannona* kęs pokarmowy zostaje wtłoczony poza obręb cieśni połykowej przez mięśnie języka (genio-hyoglossus). Wskutek równoczesnego podrażnienia wspomnianych miejsc czułych śluzówki, unerwionych przez nn. glossopharyngeus i laryng. super. powstają rytmiczne skurcze zwieracza gardłowego,

oraz mięśni rylcowo-gardłowych (unoszących gardło dolne Ducuing) o dość wydatnem napięciu, które wtłaczają ten kęs do światła przełyku. Zwieracz gardłowy górny (fasc. musc. pterygo-bucco - mylo-phar.) odgrywa podczas tego aktu również ważną rolę w uszczelnieniu przejścia do jamy nosowogardłowej przez wytworzenie wału Passavanta, zwróconego w kierunku napiętego podniebienia miękkiego. Zdaniem *Küpferlego F. Krausego*, *Falka Ducuinga* przebieg mechanizmu połykowego dla ciał ciekłych i półpłynnych jest odmienny od ciał twardych w tem znaczeniu że ciała te przedostają się przeważnie przez lewą zatokę gruszkowatą do gardła dolnego w formie jakgdyby kaskady (zwłaszcza płyny).

Ruchy skurczowe zwieracza gardła dolnego podczas połykania kęsa twardego dadzą się przedstawić graficznie jako szereg skurczów tonicznych tegoż mięśnia, w krótkich odstępach czasu po sobie następujących. *Wassilief Seemann* posługiwał się do ich zapisywania sondą specjainie na tence l skonstruowaną, dzięki której mógł notować falę

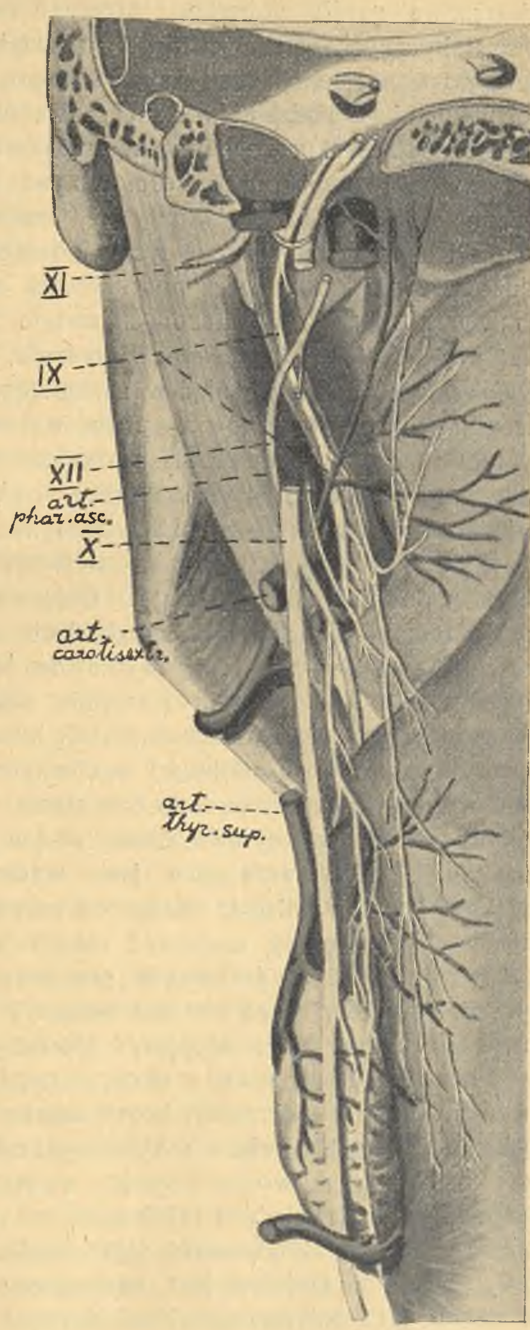


Fig. 1. Szemat mierzenia gardła według Sobotty.

skurczową gardła dolnego i przełyku oddzielnie. Szybkość ruchów perystaltycznych gardła dolnego i przełyku zależy zdaniem tegoż autora od konsystencji kęsa pokarmowego, przyczem dadzą się odróżnić dwojakiego rodzaju fazy skurczowe pierwszego i drugiego rzędu, odpowiadające skurczowi mięśni prążkowanych gardła dolnego, których wiązki przechodzą częściowo na górną część przełyku oraz mięśni gładkich ściany przełyku (Cannon), zaopatrywanych przez vagus i sympaticus. Co się tyczy odruchów, wychodzących z błony śluzowej gardła na skutek podrażnienia nerwu językowo-gardłowego to wyniki badań, prowadzonych w tym kierunku przez *Albrechta*, *Seiferta*, *Colleta*, *Ferreriego*, *Bautarela*, *Jacksona*, *Zaniego*, a u nas *Dylewskiego*, dadzą się ująć w następujące punkty: Wrażliwość poszczególnych części śluzówki gardła wykazuje wyraźnie stopniowanie w tem znaczeniu że najczulszą okazała się dolna połowa jamy nosowogardłowej (zaopatrywana przez n. gl.-pharyng.) następnie okolica migdałków i łuków podniebiennych, tylnej ściany gardła oraz korzenia języka Najsłabiej stosunkowo oddziaływa na podrażnienia błona śluzowa podniebienia miękkiego. Dające się wywołać tą drogą odruchy przedstawiają się jako pogłębienie albo zatrzymanie oddechu, kaszel dławienie oraz ruchy wymiotne. Ich nasilenie zależy w pierwszym rzędzie od rodzaju i stopnia podrażnienia, wieku osobnika (żywsze przed 20-tym rokiem życia), intenzywności jego pracy umysłowej, a wreszcie od zdolności wyrównywania zaburzeń w oddychaniu pod wyływem wspomnianego drażnienia. Bodźce te wywołują typowe zaburzenia w krzywej oddechowej pod postacią odruchu zahamowania wdechu i zatrzymanie go w fazie wydechu i to tem wyraźniej, im większa jest pobudliwość danego odcinka śluzówki (*Dylewski*). Następnie daje się z reguły zauważyć odruch dławienia, który polega na nagłym skurczu wydechowym przepony przy szczelnie zamkniętej głośni, przyczem mogą się doń dołączyć jeszcze napady silnego kurczowego kaszlu oraz wymioty. Odruchy te są wyrazem przejścia podrażnienia (zwłaszcza z okolicy migdałków podniebiennych) na nerw błędny i współczulny, króry często hamuje oddech na szczycie wdechu. Badania *Knala* i *Schiffa* wykazały nadto, że drażnienie gałązek nerwu językowo-gardłowego wywołuje przyspieszenie ruchów oddechowych, trwających jakiś czas, po których następuje zahamowanie oddechu. *Zbyszewski* jest zdania, że zatrzymanie oddechu przy tem podrażnieniu jest analogiczne do wstrzymania oddechu w chwili aktu połykowego. Nasilenie tych odruchów można zmniejszyć zapomocą środków, regulujących oddychanie. Spostrzeżenia *Ein-*

thoyena i *Höbera* wykazały wyraźny wpływ ruchów połykowych i dławiących na ośrodek oddechowy w kierunku zmniejszenia oddechu. Badania zaś *Dylewskiego* nad odruchem dławienia po zadrażnieniu błony śluzowej gardła ustaliły następującą kolejność. Początkowo daje się zauważyć drganie podniebienia miękkiego i środkowej części grzbietu języka w postaci jego szybkiego podnoszenia się i opadania. Przy dalszem drażnieniu podniebienie miękie kurczy się nagle, a łuki podniebienno-językowe i gardłowe wraz z migdałkami zbliżają się ku sobie w linji środkowej.

Język zapada się nieco w środku na kształt rynienki, wskutek opuszczenia się krtani i podniesienia podniebienia m. ku górze, przyczem jego koniec unosi się do góry. W obrębie krtani odruch ten wywołuje zbliżenie chrząstek nalewkowych [ku sobie, spłaszczenie nagłośni z boków i pochylenie jej nad krtanią, a następnie zejście się więzadeł rzekomych przy szczelnie zamkniętej głośni. W trakcie zaś wymiotów język wskazuje na całej swej długości znacznie głębszą rynnę, a jego koniec wysuwa się często ku przodowi. Łatwość przechodzenia odruchu dławienia w odruch wymiotny przy drażnieniu tylnej ściany gardła (nn. glossopharyng.) ma zdaniem *Verneta* swoje uzasadnienie w bliskości ułożenia się obu tych ośrodków względem siebie, podobnie jak ośrodek połykania leży blisko oddechowego. Krzywe oddechowe i przepony klatki piersiowej, zapisywane sposobem graficznym, wykazywały w tych wypadkach zawsze nierówne i nieregularne wzniesienia z zatrzymaniami oddechu i to tem częstszemi i wyraźniejszemi, im wspomniane odruchy wychodzące z gardła były żywsze. Nadto obniżenie krzywej oddechowej było zawsze następstwem odruchu kaszlowego, w odruchu zaś dławienia przeważał skurcz wydechowy przepony.

Środki działające na układ współczulny jak atropina, adrenalina, nowokaina z adrenaliną jakoteż wziewania solankowe amoniaku z dodatkiem dwuwęglanu Na, 2—5% argyrolu, a nawet sam CO_2 osłabiają bardzo znacznie te odruchy, toteż powiny być stosowane przed każdorazowem badaniem laryngologicznem, zanim się ostatecznie zdecydujemy na znieczulenie kokainą błony śluzowej gardła dla celów badawczych.

Przechodząc do opisu symptomatologji i obrazu klinicznego zapaleń nerwu językowo-połykowego zaznaczyć należy że w 10-ciu spostrzeganych i leczonych przezemnie przypadkach spotykałem się najczęściej ze skargą tych chorych na bóle i pieczenie w gardle na wysokości migdałków podniebiennych oraz tuż poniżej ich. W innych,

znów wypadkach chorzy odczuwali silne pieczenie na korzeniu języka utrudniające połykanie i sprowadzające niekiedy zachłyst, dalej ból— kłujący w obrębie podniebienia m. (jak przy uwięzieniu ciała obcego. ości, kości i t. p.), który uniemożliwiał im noszenie protezy zębowej, a nadto uczucie ściskania i zawadzania w gardle. Bóle te zazwyczaj stałe umiejscawiają się przeważnie po jednej tylko stronie i mogą zwłaszcza po przebyciu grypy czy anginy wzmóc się do tego stopnia, że chorzy ci wzbraniają się przełknąć własną ślinę, gdyż każdemu ruchowi połykowemu towarzyszy silny ból strzykający do ucha, odruchy zaś gardłowe ulegają znacznemu wzmożeniu. O wiele rzadziej może wystąpić u tych chorych niedosłuch, połączony z szumami, świadczący o równoczesnem zajęciu ucha wewnętrznego, przypuszczalnie na tle zapalenia nerwu słuchowego o tej samej etjologji co nerw językowo-gardłowy. Ze strony narządu smaku (r. linguales glossophar.) mamy do zanotowania stałe uczucie goryczy, zacierające całkowicie wszelkie inne wrażenia smakowe. Jakie zmiany makro i mikroskopowe w nerwie IX-tym stanowią podłoże wyżej opisanych zaburzeń w gardle, byłoby dziś jeszcze trudno określić, a z konieczności tylko wypada przyjąć tło reumatyczne. Należy tu w ogólności odróżnić dwojakie postaci neuralgji nerwu IX-tego: cięższą z silnie się zaznaczającemi w obrazie klinicznym objawami podmiotowemi i lżejszą, w których wspomniane objawy są słabiej wyrażone. Przyczyną pierwszej to stany zapalne nerwu IX-go po przebytej anginie, grypie, róży gardła lub w razie obecności czopów retencyjnych w jamie nosowogardłowej (retention caséeuse peritubaire Escat (I przypadek). W drugiej natomiast chodzi prawdopodobnie o zaburzenia w układzie współczulnym na tle zmian w gruczołach dokrewnych: tarczycy, gruczołach płciowych i t. p. Przypuszczenie to opiera się na tem spostrzerzeniu że drażnienie błony śluzowej nosa przy pomocy pendzlowania rozczynem 1 — 2% efetoniny (Merck) wpływa uśmierzająco, względnie znosi bóle neuralgiczne nerwu językowo-gardłowego całkowicie. Wytłumaczenie tego zjawiska należy szukać we wpływie odruchowym tej nadmiernie czułej śluzówki nosa, której nerwy czuciowe zawierają znacznie więcej włókien Remakowskich niż każdy inny nerw rdzeniowy (*Volkmann Bryant*) na układ współczulny i nerw błędny.

W rozpoznaniu klinicznem tego cierpienia kierujemy się obok charakterystycznych wywiadów także objawami przedmiotowemi przy badaniu. Do tych należą bolesnosć przy ucisku na górno-boczną okolicę szyi na wysokości rożków kości gnykowej zwłaszcza przy zwrocie głowy w stronę przeciwną. Bóle przy obmacywaniu kulką

Hartmanna czy *M. Schmidta* bocznej ściany gardła na wysokości dolnego bieguna migdałka, przyczem migdałki podniebienne nie wykazują absolutnie żadnych zmian.

W odróżnieniu od przytoczonych mamy objawy przy tonsillitis chron, o wiele silniej zaznaczone pod postacią zaczerwienienia i zasinienia łuków podniebiennych, powiększenia grudek chłonnych na tylnej ścianie gardła (pharyngitis chron. granulosa diffusa et retroarcualis) zaczerwienienia i zaflegmienia jamy nosowo-gardłowej (cat. cavi nasopharyngis) oraz obrzmienia gruczołów chłonnych pod kątem żuchwy i poza ślinianką podszczękową, bolesnych przy ucisku. Gruczoły te wielkości fasoli do orzecha laskowego, mogą sięgać ku tyłowi aż pod wyrostek sutkowy, zacierając pozornie jego szczyt przy obmacywaniu. Z tem pozostają w związku objawy podmiotowe w formie bólów kłujących, które z okolicy migdałków promieniują do ucha oraz pod szczękę. Cały szereg więc tych chorych nie zdaje sobie sprawy z istoty cierpienia, lecz zgłasza się ze skargą na te bóle strzykające do ucha zwłaszcza podczas ruchów szczęką (przy jedzeniu, ziewaniu i t. p.). Są to więc bóle, które zjawiają się okresowo w przeciwieństwie do bólów piekących i stałych, pochodzących od stanów zapalnych nerwu językowo-gardłowego.

Mamy jeszcze jeden rodzaj bólów w gardle, które należałoby wziąć pod uwagę w rozpoznaniu różniczkowem powyższego cierpienia. Są to bóle wywołane uciskiem zbyt długiego wyrostka rylcowatego na okolicę boczną gardła. którego koniec może niekiedy leżeć tuż pod błoną śluzową łuku podniebienno-językowego, tworząc mniej lub więcej wyraźne guziczkowate zgrubienie. To ostatnie spotyka się częściej w obrębie sinus tonsillaris tuż pod torebką migdałka. Na tę nieprawidłowość, zwrócił pierwszy uwagę *Moore de Marchetis* (á Padova 1652). Później w erze rozkwitu tonsillektomji opisał *Dvight* 19 przypadhów (w tem 10 obustronnych) zbyt długiego wyrostka rylcowatego, który był przyczyną dolegliwości ze strony gardła. Dopiero ostatnie badania *v. Eickena*, przeprowadzone na większym materjale, wyświetliły cały szereg nieznanych dotąd szczegółów, dotyczących kazuistyki, objawów klinicznych, a zwłaszcza powstawania tej anomalji rozwojowej wyrostka rylcowatego. Z badań tych wynika że cały ten wydłużony otwór kostny wraz z więzadłem pochodzi od 2-go łuku skrzelowego, sam zaś wyrostek rylcowaty jest pozostałością tak zw. chrząstki *Reicherta*, która uległa skostnieniu. Łącznikiem pomiędzy tą proksymalną a distalną częścią drugiego łuku skrzelo-

wego, to jest wyrostkiem rylcowatym i kością gnykową jest więzadło ligam. stylohyoid.

W obrębie tegoż więzadła spotyka się dość często pojedyncze ogniska kostne różnej wielkości i kształtu, które mogą się sczasem zrastać ze sobą i wyrostkiem rylcowatym, zależnie od kierunku działania siły, napinającej więzadło od przodu ku tyłowi i ku górze. Zrost ten bywa często niezupełny, a wówczas kości te mogą się względem siebie przesuwać jako stawy podczas każdego aktu połykowego, dając niekiedy trzeszczące szmery w okolicy krtani, które chory subjektywnie nieprzyjemnie odczuwa (*Dwight*, *Jouffroy*, *H. Bell*). Okoliczność ta tłumaczy nam poniekąd spostrzeżenie, iż dolegliwości ze strony gardła pod postacią ucisku lub kłucia, spowodowane zbyt długim wyrostkiem rylcowatym zjawiają się dopiero sczasem, zwykle u osobników starszych i to niekiedy nagle, w miarę zrośnięcia się pojedynczych ognisk kostnych w więzadle z wyrostkiem rylcowatym. Dolegliwości pod postacią bolesnego zawadzania w dolnej części gardła lub nawet pewnej przeszkody w połykaniu są spowodowane uciskiem końca tegoż wyrostka na okolicę migdałka, lub przedniego łuku podniebiennego.

Specht opisał w r. 927-mym przypadek nadmiernie (ca. 7,5 cm.) długiego wyrostka rylcowatego u kobiety l. 39, która uskarzała się od kilku miesięcy (po grypie) na ucisk w gardle po stronie lewej, wzmagający się znacznie przy połykaniu jakoteż po każdem kaszlnięciu. Laryngoskopja wykazała sterczący pod błoną śluzową prawej valleculi koniec tegoż wyrostka, który podczas skurczu zwieracza gardła znikał w częściach miękkich, to znów wysuwał się na większej lub mniejszej przestrzeni w kierunku do wspomnianej vallekuli. Zdjęcie roentgena wykazało pojedyncze ogniska kostne wzdłuż więzadła gnykowo-rylcowatego, z których górne dłuższe łączyło się jakgdyby stawem z dolnym końcem wyrostka rylcowatego. Badanie drobnowidowe wyciętego (od zewnątrz) kawałka wykazało, że ma się do czynienia z przemianą kostną tej części więzadła gnykowo-rylcowatego w kość gąbczastą, silnie unaczynioną. Ponieważ miejscami można było stwierdzić niewielkie ogniska martwicze, dookoła których toczył się żywo proces przemiany kostnej, przeto autor upatruje w infekcji pogrypowej przyczynę tej metaplazji wspomnianego więzadła w tkankę kostną. Z tem zapatrywaniem zgadzałyby się także zapodania chorej że powyższe dolegliwości ze strony gardła wystąpiły nagle po przebyciu grypy.

W tłumaczeniu przyczyn zawadzania i bólów w gardle na tem tle zwraca v. *Eicken* uwagę na stosunek topograficzny nerwu językowo-gardłowego do wyrostka rylcowatego względnie do m. stylohyoideus, w tem znaczeniu, iż wyżej wspomniany nerw wchodzi tuż przy wyjściu z for. jugulare w ścisły związek z wyrostkiem rylcowatym i jego mięśniami. Jeżeli z drugiej strony uprzytomnimy sobie ten szczegół że gałązki nerwu językowo-gardłowego zaopatrują okolicę migdałka i biorą także udział w unerwieniu błony śluzowej ucha środkowego i trąbki *Eustachjusza*, to zrozumiałym staje się fakt, że bóle w gardle, o których wyżej była mowa mogą często promieniować do ucha po danej stronie. *Blumenfeld* i *Heinz* zwrócili uwagę na tę okoliczność, że w przypadkach dolegliwości w gardle, wywołanych zbyt długim wyrostkiem rylcowatym, chodzić może również o mniejszy kąt nachylenia tegoż wyrostka ku przodowi w stosunku do podstawy czaszki. Wówczas nawet niezbyt wydłużony wyrostek rylcowaty może końcem swoim sięgać daleko ku przodowi w okolicę zatoki migdałka podniebiennego. Spotykane często w okolicy łożyska migdałka wysepki utkania chrzęstnego czy kostnego są zdaniem *Heinza*, *Helkina* i *Leichera* raczej pozostałością drugiego łuku skrzelowego aniżeli następstwem metaplazji tkanki łącznej podścieliskowej i rozwijają się przedewszystkiem na tle przebytego zapalenia lub ognisk gruźliczych w danym migdałku (*Lubarsch*).

C. Hiersch, *Dietrich*, *O. Mayer i Fein* spostrzegali takież same ogniska kostne częściej u osobników po przebytej błonicy gardła lub przy obecności grzybków promienicy w kryptach migdałka podniebiennego, wykazujące w najbliższem otoczeniu silniejszy odczyn zapalny. Opisane przez *Leichera* wysepki chrzęstne i kostne w najbliższem otoczeniu migdałków u członków tej samej rodziny przemawiają stanowczo za ich pochodzeniem zarodkowem. W spostrzeganym przezemnie przypadku kobiety 1.: 31 K. Z., zbyt długi wyrostek rycowaty był przyczyną bólów przy połykaniu i zawadzania w gardle po obu stronach. Dolegliwości te początkowo nieznaczne, uległy nasileniu po doszczętnem wytłuszczeniu migdałków podniebiennych. Prawdopodobnie zabieg ten przyczynił się do częściowego skostnienia więzadła rylcowo-gnykowego, zwłaszcza że jak wykazało badanie zatok-migdałka prawego przy pomocy obmacywania palcem od strony jamy ustnej, koniec wyrostka rylcowatego sięgał w obręb samego „łożyska migdałka“. Na zdjęciu rentgenowskiem bocznem widać zarysy tegoż wyrostka, tworzącego mniejszy kąt nachylenia z podstawą czaszki i zwróconego końcem ku zatoce migdałka podniebiennego. Jak z roent-

genogramu można było ocenić, długość całego wyrostka wynosiła przeszło $5^1/_2$ cm.

W rozpoznaniu różniczkowem dadzą się te dolegliwości odróżnić od tych, których podłożem jest wspomniany stan zapalny nerwu językowo-gardłowego. W cięższych postaciach tego cierpienia mamy obok stałego bólu piekącego w gardle i na korzeniu języka, wprawiającego tych chorych w stan pewnej depresji psychicznej (na tle obawy przed gruźlicą czy rakiem), bólu przy obmacywaniu bocznej ściany gardła na wysokości dolnego bieguna migdałka podniebiennego oraz przy obmacywaniu szyi w okolicy różka dużego kości gnykowej, wyraźne zmniejszenie czucia danej połowy języka w porównaniu ze stroną przeciwną. Nadto daje się zauważyć zbaczanie końca języka ku stronie chorej przy jego maxymalnem wyciągnięciu nazewnątrz, jako dowód niedowładu nerwu podjęzykowego. Ze strony zwieracza gardłowego dolnego można w tych razach wykazać rentgenologicznie również pewną niezborność, która ujawia się dłuższem zaleganiem papki barowej na wysokości krtani. W innych znów wypadkach chorzy ci skarżą się na częste zachłystywanie się podczas połykania twardszych kęsów, co może mieć wytłumaczenie w tem, że tonus mięśni gardłowych (zwłaszcza m. rylcowo-gardłowego) jest zmniejszony. Do rzadszych objawów należą w tych wypadkach uczucia ściskania w okolicy szyi, które mogą się niekiedy nasilać do ataków skurczu głośni (laryngospasmus, ictus lar.). przyczem chorzy ci, przejęci jakimś dziwnym lękiem, boją się wprost przełknąć własną ślinę. Jeden z takich przypadków wspomnianego zaburzenia miałem sposobność leczyć przed trzema laty; chodziło mianowicie o mężczyznę lat 46. Z. K., który zgłosił się do mmie ze skargą na bóle po stronie prawej w gardle z uczuciem pieczenia i zachłystywania się podczas przełykania pokarmów stałych, przyczem niejednokrotnie występowały ataki kurczu głośni. Przy badaniu nie stwierdziłem żadnych zmian w migdałkach podniebiennych i gardle, z wyjątkiem bolesności przy obmacywaniu kulką *Hartmanna* bocznej ściany gardła na wysokości dolnego bieguna migdałka prawego. Również ucisk od zewnątrz na okolicę rożka dużego kości gnykowej po stronie prawej silnie bolesny. Zdjęcie rentgenol, potwierdziło skargi chorego wykazując podczas przełknięcia małej ilości 20% jodipiny, przedostanie się tejże do krtani na drodze zachłystu, (p. rys. 2-gi).

Leczenie polegało na stosowaniu diatermji, maści kamforowo-salicylowej od zewnątrz, przetworów salicylowych pod postacią novalginy nazewnątrz, oraz wziewań 1% KBr. z dodatkiem antipiryny.

Oprócz wspomnianych zaburzeń smakowych pod postacią wrażenia goryczy lub cierpkości spotykałem u osobników bardzo wrażliwych różnego rodzaju parestezje j. to uczucie małej kostki, ości, włosa, szczeciny, tkwiącej gdzieś poza językiem lub skargi na obecność kluski czy jakiegoś ciała okrągłego, poruszającego się od góry ku dołowi. Uczucia te zmuszają chorych do częstych ruchów połykowych, zmierzających do usunięcia tego rzekomego ciała obcego w gardle, przyczem zostaje zwykle połknięta pewna ilość powietrza (aerophagia), której głębszą przyczynę upatrują *Roger* i *Bouveret* w t. zw. „déséquilibre vago-sympathique" u tych chorych. Jest rzeczą znamienną że

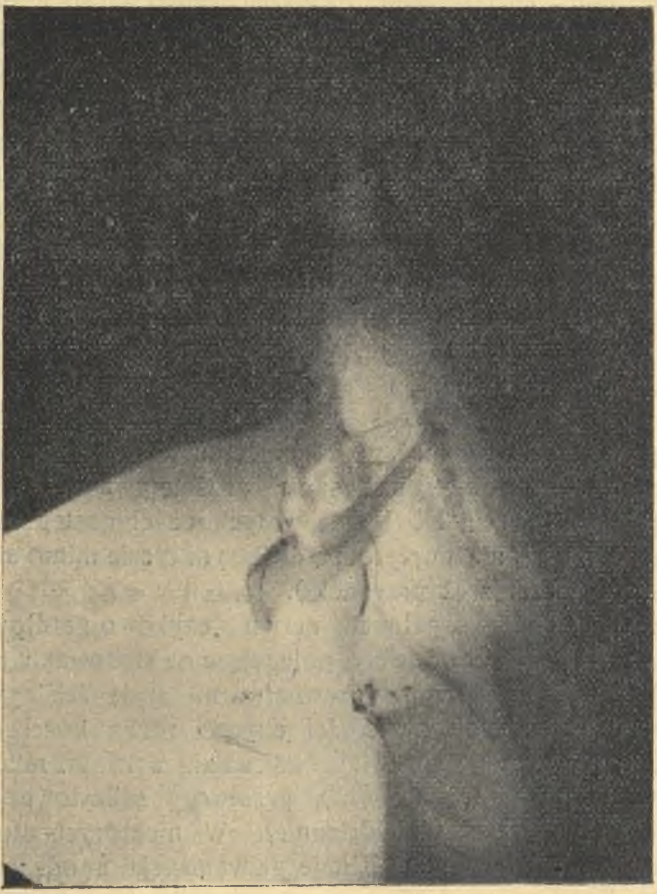


Fig. 2. Mężczyzna l. 46 Ż. K. roentgenogram boczny krtani l. cząstki lipjodolu w świetle krtani.

po dłuższem mówieniu lub śpiewie uczucia te znacznie się potęgują, przyczyniając się tem samem do wystąpienia ciężkich objawów fonastenicznych. W dwuch przypadkach zapaleń nerwu językowo-gardłowego u osobników 1.: 35 M. Z. i 41. R. L, spotykałem oprócz wyżej wymienionych skarg objawy ze strony narządu słuchowego pod postacią lekkiego niedosłuchu na tony wysokie począwszy od C_5 oraz szumu w uszach. Wobec zupełnego braku zmian otoskopowych, należałoby przyjąć tło zapalne reumatyczne nerwu słuchowego, równorzędne ze zmianami w nerwie IX-tym.

Przypadek chłopca lat 18. P. M. jest o tyle godny uwagi że uczucie pieczenia i bólu w gardle, promieniującego do ucha po stronie prawej było następstwem czopków zalegających w gniazdkach okołotrąbkowych Urbantschitscha okolicy fossa Rosenmülleri (zwłaszcza prawej) t. zw. retention caséeuse peritubaire Escat. Przy badaniu poza wspomnianemi ogniskami retencyjnemi nieżyt jamy nosowogardłowej i nosa. Migdałki podniebienne bez zmian. Przy ucisku kulką *Hartmanna* na boczną ścianę gardła na wysokości dolnego bieguna migdałka prawego wyraźna bolesność, podobnie jak odzewnątrz na szyi w okolicy rożka dużego kości gnykowej, zwłaszcza przy zwróceniu głowy na stronę przeciwną. Leczenie polegało na usunięciu tych ognisk przy pomocy palca, wprowadzonego do jamy nosowogardłowej, pendzlowania rozczynem 2% $ZnCL_2$ co 2-gi dzień oraz stosowaniu djatermji od zewnątrz na szyję. Bóle te znikły po tygodniu. Wreszcie zaznaczyć należy że stany zapalne nerwu językowo-gardłowego mogą wystąpić również po tonsillectomji, zwłaszcza w przypadkach, w których migdałek jest silnie zrośnięty z łukiem tylnym. Bóle neuralgiczne nerwu IX-tego są w tych razach następstwem urazu operacyjnego i ustępują dopiero po dłuższym czasie mimo stosowania wspomnianego leczenia (2 przypadki).

Leczenie stanów zapalnych nerwu językowo-gardłowego jest w pierwszym rzędzie zachowawcze, polegające na stosowaniu nagrzewań lampą sollux wzgl. diatermji odzewnątrz na szyję ściśle w miejscu bolesności uciskowej na wysokości dużego rożka kości gnykowej. Oprócz tego pewną ulgę sprawiają wziewania z 1% bromku potasowego z dodatkiem antipiryny (2%), przetwory salicylowe zwlaszcza novalgina nawewnątrz (2 tabl. dziennie). W niektórych atoli wypadkach lepsze wyniki od diatermji daje galwanizacja anodą na wspomniany punk Erba na szyi. Zabiegi na migdałkach pod postacią dilaceracji nawet tonsillektomji, które się niekiedy wykonuje na podstawie błędnego rozpoznania, mają ten skutek że wprawdzie początkowo daje

się zauważyć pewna remisja w nasileniu wspomnianych dolegliwości, jednak w krótkim czasie wracają one z powrotem do pierwotnego stanu. W przypadkach ciężkich i długotrwałych *Reichert* i *Usadel* radzili wykonać przeciecie nerwu językowo-gardłowego pod szczęką (neurotomia submandibularis) po uprzedniem odsunięciu ślinianki podszczękowej. Najdalej wreszcie posunęli się *Weisenburg, Temple* i *Landy* w leczeniu chirurgicznem zapaleń nerwu IX-go, żądając jego przecięcia u podstawy czaszki w okolicy for. jugulare. Sposób ten może mieć ze zrozumiałych względów tylko wyjątkowe zastosowanie.

Reasumując wyżej przytoczone uwagi, raz jeszcze podkreślić należy, że stany zapalne nerwu językowo-gardłowego powstają najczęściej na tle reumatycznem, a prócz tego na tle grypy, anginy, po róży gardła, w związku z obecnością ognisk retencyjnych okołotrąbkowych w fossa *Rosenmülleri*, oraz po tonsillektomji (zrosty z łukiem tylnym). Rzadziej bez porównania występują bóle neuralgiczne tegoż nerwu jako następstwo ucisku na jego pień przez guzy w tylnym dole czaszkowym.

Objawy kliniczne schorzeń nerwu IX-tego dzielą się na zaburzenia *ruchowe* zwieracza połyku (zmniejszenie jego napięcia z zaleganiem treści pokarmowej w sin. pirif. i łatwością zachłystywania się), zaburzenia *smakowe* jako to stałe uczucie goryczy lub cierpkości, zacierające wszelkie inne wrażenia smakowe, oraz zaburzenia *czuciowe* w gardle. Te ostatnie występują najczęściej pod postacią stałego bólu i pieczenia w gardle, promieniującego ku uszom i do nasady języka, znieczulenia danej połowy języka, lekkiego niedowładu nerwu podjęzykowego po tej stronie oraz różnego rodzaju parestezyj, dla których nie możemy znaleść przyczyny w zakresie nosa, migdałków podniebiennych i jamy ustnej. To też przez długi czas uważano wspomniane dolegliwości za objaw schorzenia błony śluzowej gardła w związku z nieżytem żołądka (*Levinstein*), względnie zaburzeniami fonastenicznemi (*Gutzmann*). W rozpoznaniu kierujemy się obok wywiadów typowemi bólami uciskowemi odzewnątrz na szyi na wysokości rożka dużego kości gnykowej, zwłaszcza przy zwrocie głowy na przeciwną stronę, oraz bolesnością przy obmacywaniu bocznej ściany gardła na wysokości dolnego bieguna migdałka podniebiennego. Zakokainizowanie tegoż miejsca znosi bóle te na pewien czas całkowicie, co stanowi ważny przyczynek do potwierdzenia słuszności określenia tegoż miejsca jako: „zone hyperesthésique glossopharyngèe“ (*Chavany, Vernet*).

Z Kliniki chorób ucha, gardła i nosa Kijowskiego Medycznego Instytutu
(Dyrektor Prof. *A. M. Puczkowskij*).
i filji Kijowskiej (oddział Prof. *A. M. Puczkowskij*) Ukraińskiego Państwowego
Instytutu O-R-L.
Dyrektor Prof. *A. A. Skkrypt*).

L. A. ZARICKIJ.

Reakcja skórna w twardzieli.

Wobec różnorodności obrazu klinicznego twardzieli górnych dróg oddechowych zasługuje na uwagę każda metoda rozpoznawcza tego cierpienia, a tem samem i niżej podana przez autora praca.

Neuber i *Soukup*, którzy stosowali reakcję skórną, korzystali z kilkudniowej kultury laseczki *Frisch'a*, po zadziałaniu na nią antiforminą i natr. sulfuric. Kultury te neutralizowano i wyparowywano do $^{1}/_{5}$ części. *Soukup* stosował na swoich chorych wyciąg z agarowej kultury w 1% roztworze dwuwęglanu sodu. Podług *Soukupa* w miejscu zastrzyku wyciągu z kultury *Frisch'a*, po 24 godzinach można było zaobserwować w przypadkach dodatnich obrzmienie i zaczerwienienie. W Polsce reakcją skórną zajmował się *Abramowicz*, który zastrzykiwał bezpośrednio do skóry przesącz sześciodniowej kultury laseczek *Frisch'a* w rozmaitych rozcieńczeniach; w rezultacie swoich obserwacyj *Abramowicz* dochodzi do wniosku, że istnieje swoistość reakcji skórnej w twardzieli. Przed kilkoma laty sprawą tą zajmował się również prof. *Elbert* w Białoruskim bakterjologicznym instytucie, lecz wyników swoich obserwacyj nie opublikował. Prócz toksyny z laseczek *Frisch'a* stosowano również toksynę z laseczki *Friedländera*, oraz innych otoczkowców, jednak znaczenie tych reakcyj pozostaje w twardzieli dotychczas niezbyt wyjaśnione, aczkolwiek istnieją pewne dane, pozwalające sądzić, że wynik dodatni reakcji daje się zaobserwować tylko z toksyną, uzyskaną z laseczek *Frisch'a*.

Z polecenia prof. *A. Puczkowskiego* przeprowadziliśmy kontrolę reakcji skórnej u 56 chorych twardzielowych, których można podzielić na 3 grupy: 1) klinicznie z jasno wyrażoną postacią twardzieli, trwającą od 3 lat i wyżej, potwierdzoną badaniami anatomo-patologicznemi, bakterjologicznemi i serologicznemi — 42 chorych; 2) postać początkowej twardzieli, również potwierdzonej badaniami laboratoryjnemi — 10 chorych i 3) przypadki podejrzane o twardziel, w których rozpoznanie różniczkowe wahało się między kiłą, gruźlicą i zanikowym nieżytem nosa — 4 chorych.

Do reakcji skórnej używaliśmy przesączu sześciodniowej buljonowej hodowli laseczek *Frisch'a* i *Friedländera* w rozcieńczeniu 1:50, 1:100 i 1:200. Technicznie reakcji dokonywano w następujący sposób: do skóry przedramienia prawego wprowadzano po 0,3 cm^3 przesączu laseczek *Frisch'a* we wszystkich trzech rozcieńczeniach. Do skóry ręki lewej wprowadzano takąż dawkę rozcieńczonego przesączu kontrolnego, przygotowanego gotowaniem w łaźni wodnej w ciągu $1^1/_2$ godziny.

Wyniki naszych badań były następujące:

TABLICA Nr. 1.

Grupa chorych	Ilość	M.	K.	Toksyna			Toksyna			Kontrola
				1 : 50	1:100	1:200	1 : 50	1,100	1:200	
I	42	13	29	5	1	—	1	1	—	—
II	10	3	7	1	—	—	1	1	1	—
III	4	2	2	—	—	—	1	1	—	—

W 5-ciu przypadkach grupy pierwszej po 20 — 24 godzinach, w miejscu pierwszego wkłucia (rozcieńcz. 1:50) powstało zaczerwienienie 4 cm. średnicy bez obrzmienia; u jednego chorego powstało zaczerwienienie o mniejszem nasileniu w miejscu drugiego wkłucia (7:100). We wszystkich przypadkach zaczerwienienie ustąpiło po 48 godzinach. W pozostałych przypadkach wprowadzenie toksyny dało tak nieznaczną reakcję, że można ją odnieść na koszt zwykłego podrażnienia od zastrzyku. W jednym przypadku — u chorego z klasyczną przerostową postacią *Hebry-Wołkowicza*, reakcja wypadła dodatnio po zastrzyku toksyny laseczek *Friedländera* we wszystkich trzech rozcieńczeniach i znikła po 36 godzinach, wtedy gdy po wprowadzeniu toksyny laseczek *Frisch'a* reakcja wypadła ujemnie.

Obserwowano kilkakrotnie dodatnią reakcję z toksyną *Friedländera* w wyraźnych przypadkach twardzieli (tabl. Nr. 2).

W drugiej grupie chorych twardzielowych, w jednym przypadku wystąpiło po 20 godzinach zaczerwienienie w miejscu pierwszego (1:50) i drugiego (1:100) wkłucia, które znikło po 48 godzinach; u tego chorego reakcja skórna dała wynik wyraźnie dodatni, co zgadza się z wynikami *Abramowicza*.

W tejże grupie u chorej twardzielowej, ze zmianami zanikowemi w nosie i małemi naciekami w przestrzeni podstrunowej (twardziel

Zastrzyki kontrolne u wszystkich chorych dały wynik dodatni.

T A B L I C A Nr. 2.

Wyniki stosowanej reakcji skórnej.*)

Liczba	Nr. historji choroby	Wiek	Płeć	Czas trwania choroby	Umiejscowienie choroby (procesu twardzielowego)	Badania: Anat.-patol.	Badania: Odczyn Bordet-Gengou	Badania: Na laseczki Frisch'a	Reakcja skórna: Z przesączem Frisch'a 1:50	1:100	1:200	Z przesączem Friedländera 1:50	1:100	1:200	Przesącz kontrolny
1	123	21	k.	3	Nos i krtań . . .	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—
2	138	14	k.	2	Krtań	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—
3	139	10	k.	1 1/2	Krtań	—	+	+	—	—	—	—	—	—	—
4	117	22	m.	8	Nos, gardło i krtań	+	+	+	—	—	—	+	+	—	—
5	223	18	k.	3	Nos i krtań . . .	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—
6	254	21	k	4	Nos i krtań . . .	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—
7	175	33	k.	10	Nos, gardło i krtań	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—
8	182	28	m.	8	Nos i gardło . . .	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—
9	202	12	k.	2	Krtań	—	+	+	—	—	—	—	—	—	—
10	193	20	k.	4	Nos i gardło . . .	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—
11	282	16	k.	5 mies.	Krtań	—	+	+	—	—	—	—	—	—	—
12	224	27	m.	8 l.	Krtań, nos i gardło	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—
13	136	42	m.	11	Nos i krtań . . .	+	+	+	—	—	+	—	—	—	—
14	190	32	k.	6	Nos	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—
15	200	18	k.	2	Krtań i gardło . .	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—
16	115	12	k.	1 1/2	Krtań	—	+	+	—	—	—	+	+	—	—
17	137	17	k.	2	Nos i krtań . . .	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—
18	292	23	k.	3	Nos, gardło i krtań	+	+	+	—	—	—	+	+	—	—
					II GRUPA										
19	132	34	m.	8	Krtań	—	+	—	+	+	—	—	—	—	—
20	140	21	k.	3	Krtań	—	+	+	—	—	—	+	+	+	—
21	275	16	k.	3	Nos	+	—	+	—	—	—	—	—	—	—
22	303	18	k.	2	Krtań	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—
23	384	27	m.	5	Nos, krtań	—	+	+	—	—	—	—	—	—	—
					III GRUPA										
24	118	34	m.	10 m.	Krtań	—	—	—	—	—	—	+	+	—	—
25	151	25	k.	6 m.	Nos	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—
26	105	28	m.	1 r.	Nos	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—

*) Wobec podobnych wypadków reakcji skórnej podajemy jedynie część historji chorób.

potwierdzona badaniami laboratoryjnemi) powstało zaczerwienienie skóry średnicy 3—4 cm. w miejscu wszystkich trzech wkłuć toksyny. Powtórne badanie wydzieliny z nosa, oraz odczyn Bordet-Gengou wypadły dodatnio.

Wreszcie, w trzeciej grupie chorych, u których rozpoznanie twardzieli było wątpliwe, ani w jednym przypadku nie otrzymaliśmy dodatniego wyniku reakcji z przesączem laseczek *Frisch'a.* Natomiast otrzymaliśmy w jednym przypadku dodatni wynik reakcji po zastrzyknięciu toksyny laseczek *Friedländera* w rozcieńczeniu 1:50 i 1:100.

Należy zaznaczyć, że podczas wykonywania reakcji skórnej wszyscy chorzy czuli się dobrze i nie podawali żadnych podmiotowych skarg na ból lub na świąd w okolicy zastrzykniętych przesączów. We wszystkich przypadkach ciepłota ciała była normalna.

Z danych naszych wynika (patrz tabl. Nr. 2), że na 56 przypadków, z których w 52 była pewna twardziel, odczyn skórny wypadł dodatnio tylko w 7 przypadkach (12,5%) i to nie we wszystkich rozcieńczeniach.

Wobec tego w żaden sposób nie można zgodzić się z *Abramowiczem,* który uważa odczyn skórny za swoisty w twardzieli; pod względem zaś wartości rozpoznawczej nie można nawet porównać reakcji skórnej z odczynem Bordet-Gengou.

Do pracy o ropniach otogennych płata skroniowego.

Podał Dr. med. KONSTANTY SAWICZ.
Ordynator oddziału uszno-gardlanego Szpitala Pow. w Inowrocławiu.

W ostatnim czasie miałem możność obserwowania 2-ch przypadków ropnia mózgowego płata skroniowego pochodzenia usznego, o dosyć ciekawym przebiegu, podaję je przeto celem uzupełnienia przypadków, opisanych w zeszycie 1-ym tomu IX P. Przeg. Otolar.

Pierwszy przypadek dotyczył chorego N. J. lat. 21, robotnika. Pacjent ten zgłosił się ambulatoryjnie 12/XII 1932 roku ze skargami na wyciek z lewego ucha, trwający od dzieciństwa i niedosłuch. Bóle i zawroty głowy nie występowały. Podczas badania nie stwierdzono żadnej bolesności ani uciskowej, ani opukowej na wyrostku sutkowym, w przewodzie zewnętrznym natomiast cuchnąca ropna wydzielina, po usunięciu której uwidacznia się kompletny brak błony bębenkowej

i nieznaczny rozrost ziarniny. Słuch bardzo przytępiony: mowa zwykła 1 metr, R—, Sch— przedłużony, W— wlewo. Ze względu na znaczne osłabienie słuchu i wyciek trwający od 15-tu lat, pomimo leczenia konserwatywnego, zaproponowałem operację doszczętną, na którą chory nie zdecydował się.

W tydzień później chory ten został przywieziony do szpitala na oddział uszno-gardlany w stanie nieprzytomnym, a od rodziny dowiedziałem się, że pacjent w ciągu ostatniego tygodnia czuł się zupełnie dobrze; nagle po powrocie z kościoła wystąpiła silna bladość twarzy i uczucie słabości, osłabienie to było tak silne, że chory musiał położyć się do łóżka, w nocy wystąpiły silne bóle głowy, nad ranem majaczenie, w parę godzin później całkowita utrata przytomności.

Stan obecny: temperatura 40^0 C, tętno 100, słabo napięte, chory nieprzytomny, źrenice równe, nie reagują na światło zupełnie, sztywność karku, keratomalacja, neuritis n. n. optici. Punkcja lumbalna dała ropny płyn, posiew z którego wykazał paciorkowce i gronkowce. W półtory godziny po przybyciu do szpitala pacjent zmarł z rozpoznaniem; otitis med. p. chr. granulosa sin., abscessus cerebri et meningitis purulenta.

Sekcja głowy: ognisko ropne w kości skroniowej lewej, oraz duży ropień mózgowy w płacie skroniowym lewym z przedarciem się do komory bocznej.

Przypadek ten ciekawy jest z tego względu, że nic nie wskazywało na grożące niebezpieczeństwo, nawet w ostatnich dniach przed śmiercią nie było żadnego objawu, pozwalającego przypuszczać, że we wnętrzu czaszki rozwija się groźny proces ropny. Przypadek ten dowodzi nam, że każde chroniczne ropienie ucha środkowego można uważać za wulkan drzemiący, który niewiadomo kiedy i w jakiej formie wybuchnie.

D r u g i p r z y p a d e k to również młody mężczyzna S. J. lat 20 rolnik. Zgłosił się do szpitala dnia 19.V 1933 roku ze skargami na wyciek z ucha lewego. Wyciek ten trwa od kilku lat, od 2-u tygodni przyłączyły się bóle ucha lewego i kości za uchem, czasami występują bóle głowy. Chory bardzo wycieńczony, o cerze ziemistej, robi wrażenie ciężko chorego, Temperatura poniżej 37 C, tętno 80 miarowe, dobrze napełnione. Przy badaniu ucha stwierdza się silna bolesność wyrostka sutkowego, w uchu lewem ropna wydzielina, błony bębenkowej brak, ziarnina. Słuch osłabiony: mowa głośna 2 metry, W—wlewo, Sch. — 12, R — ujemny.

Rozpoznanie: Otitis med. pur. chr. gran. sin. 20 — V Operacja

radykalna ucha lewego. Przy operacji znaleziono kość sklerotyczną o minimalnych zmianach chorobowych, z niedużem przekrwieniem, antrum mastoideum wypełnione ropą i masami ziarninowemi. Podczas zabiegu odsłonięto oponę przy tegmen tympani, opona bez zmian.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, pacjent czuje się dobrze, na szósty dzień po operacji zaczyna chodzić, czasami występują bóle głowy w okolicy czołowej. W tym czasie dokonano badania dna oka, które nic patologicznego nie wykazało.

3-VI — Wystąpiły silne bóle głowy i zamroczenie świadomości.

4-VI — Przystąpiono do rewizji jamy wytrepanowanej, odsłonięto szeroko oponę środkowego dołu czaszkowego, opona tak samo, jak i przy trepanacji nie zmieniona, tylko mocno uwypuklona, w miejscu największego uwypuklenia punkcja mózgu, mniej więcej na głębokości 3 cm. znaleziono ropę. Krzyżowe cięcie opony po uprzedniem założeniu gazy między kość, a oponę — na obwodzie, po otwarciu ropnia wylało się około łyżki gęstej bardzo cuchnącej ropy.

Po operacji chorego utrzymuje się przez cały czas w pozycji siedzącej, opatrunki robi się codziennie, lekko przepłókując jamę ropnia Rivanolem i zakładając setony z antivirus Besredki, później z granugenolem. Pacjent przez cały czas czuje się zupełnie dobrze, bóle głowy ustąpiły zupełnie.

13 VI — Pacjent zaczyna chodzić, jama ropnia zmniejsza się, widoczny rozrost tkanki glejowej.

25-VI — Podczas opatrunku zauważa się małe uwypuklenie się opony twardej nazewnątrz, uwypuklanie się to (pomimo opatrunków uciskowych) idzie bardzo szybko, tak że 30-VI — mamy już i duży prolaps mózgu, wielkości jaja kurzego. Zalecono propidon codziennie po 2 cm. domięśniowo. W ciągu 4 dni prolaps całkowicie cofa się i dalej gojenie idzie prawidłowo, jama ropnia wypełnia się, jama trepanacyjna i okolica odsłoniętej opony twardej pokrywa się nabłonkiem.

15 VIII — Wypisuje się pacjenta ze szpitala, jako wyleczonego. Od operacji minął już rok, pacjent uważa siebie za całkowicie zdrowego, zgłasza się co pewien czas do kontroli.

Przy tym przypadku chciałem zwrócić uwagę na bardzo szybkie cofnięcie się dość dużego prolapsu mózgu pod wpływem zastrzyków propidonu. Fakt ten należy uważać jako jeszcze jeden dowód, potwierdzający badania *Schiffona* i *Preysing'a*, że każde wypadnięcie mózgu powstaje wskutek stanu zapalnego tkanki mózgowej czyli meningo-encephalitu, a nie na skutek szerokiego rozcięcia opony, jak tłumaczą zwolenicy teorji mechanicznej powstawania prolapsu.

Z oddziału Oto-laryngologicznego Szpitala na Czystem w Warszawie
(Ordynator: *B. Karbowski*).

Dr. J. TENCER.
Asystent oddziału.

Przyczynek do napadowych skurczów krtani w wieku dojrzałym.

Chory lat 45 skarży się na napady duszności, które występują co pewien czas w ciągu ostatnich 10 dni. Chory źle sypia, często zrywa się w nocy. Ostatnio też głos jego uległ zmianie, stał się ochrypły. Od $1^1/_2$ roku chory cierpi jakoby na napady astmy. Napady występowały po wysiłkach i trwały 5 do 10 minut. W dzieciństwie przechodził krup, w którego następstwie przebył operację rozcięcia tchawicy.

Z przebytych chorób dur brzuszny i zapalenie płuc. Chory jest żonaty i ma 2 dzieci zdrowych.

Badanie przedmiotowe stwierdza, że mamy do czynienia z osobnikiem dobrze zbudowanym i odżywionym. Skóra dobrze ukrwiona, spojówki i śluzówki jamy ustnej i gardła różowe. Szyja krótka, pośrodku wyczuwa się dużą tarczycę, nierównomiernie rozwiniętą rozchodzącą na boki szyi.

Gardło — śluzówki miernie przekrwione, podniebienie ruchome prawidłowo. Nos i uszy zmian nie wykazują. Krtań — struna prawa w położeniu przyśrodkowem, przy fonacji porusza się i dochodzi do linji środkowej; lewa nie przekracza t. zw. położenia trupiego, przy fonacji również dochodzi do linji środkowej; zabarwienie strun prawidłowe.

Gruczoły chłonne podszczękowe i szyjne miernie powiększone. Badanie płuc — przytłumienie obu szczytów, osłabienie oddechu w dolnych partjach płucnych, w środkowych częściach po stronie lewej oddech oskrzelowy, liczne rozsiane świsty i furczenia. Serce w granicach normy, II-gi ton nad aortą zaakcentowany. Jama brzuszna — norma.

Roentgen — szczyty płuc zacienione, mało powietrzne, przy kaszlu przejaśniają się. Pola płucne wykazują intensywne wzmożenie rysunku oskrzelowego na tle początkowych objawów zastoinowych, szczególnie po stronie prawej. Cienie wnękowe również po stronie prawej wzmożone. Gruczołki wnękowe miernie nacieczone, natomiast widoczne są liczne gruczołki przyoskrzelowe w stanie nacieczenia

i słabego zwapnienia. Śródpiersie na całej przestrzeni wolne i normalnie zarysowane. Serce hypoplastyczne, niepowiększone. Łuk tętnicy głównej o cieniu nasyconym (uwapniony) o kształcie i wymiarach normalnych. Ustawienie i ruchy oddechowe przepony normalne.

Badanie neurologiczne zmian nie wykazało.

Chory przybył do szpitala w stanie silnej duszności, wobec czego dokonano rozcięcia tchawicy ponad cieśnią gruczołu tarczowego. Przebieg pooperacyjny gładki.

Po upływie 4 dni laryngoskopja wykazała szparę głosową znacznie szerszą, niż w chwili przybycia do szpitala, addukcję prawidłową, odwodzenie tylko do położenia międzyśrodkowego. Po 6 dniach od dokonania tracheotomji wyjęto rurkę, jednakże musiano ją nazajutrz ponownie założyć, gdyż chory się dusił.

Po upływie dalszych 6 dni wyjęto rurkę i stwierdzono, że chory oddycha dobrze, a struny rozchodzą się prawidłowo, wobec tego zatkano otwór rurki. Po 3 dniach chory dostał ataku duszności i rurkę musiano udrożnić.

W międzyczasie przeprowadzono szereg badań pomocniczych.

Dno oka — norma.

Krew, morfologja:

ciałek białych 14700 z czego	eozynofilów	4,5%
	obojętnochłonn.	55,5% w tem
	pałeczkow.	5,5%
	segmentow.	50%
	jednojądrzastych i przejść.	5%
	limfocytów	35%

czerwonych ciałek 5970000

Hb. 97% Wskaźnik 0,82.

Odczyn Wassermana i citocholowy we krwi — ujemne.

Mocz — nieliczne wałeczki szkliste: białko 0,13%.

Badanie broncho — i ezofagoskopowe zmian nie wykazało.

Chory był dwukrotnie poddawany działaniu promieni Roentgena; naświetlano okolicę tarczycy.

W miesiąc po operacji rozcięcia tchawicy po próbnem wyjęciu rurki i po stwierdzeniu, że abdukcja strun jest prawidłowa, choremu usunięto rurkę.

Jednakże po 3 dniach rurkę założono spowrotem, gdyż chory znów dostał silnego napadu duszności. Po założeniu rurki chory oddychał dobrze, wieczorem zaś po powrocie na oddział ze spaceru po ogrodzie szpitalnym — nagle zmarł.

Sekcja wykazała dużą tarczycę, która uciskała na tchawicę.

Dokładniejsze badanie preparatu krtaniowego wykazało, że powiększone boczne zrazy tarczycy znajdowały się na pętlach nerwów zwrotnych.

W przypadku tym mieliśmy zatem do czynienia z napadowem porażeniem przemijającem obu strun głosowych na tle powiększonego gruczołu tarczowego.

Mechanizm tego zjawiska musimy sobie tłumaczyć w ten sposób, że okresowo gruczoł tarczowy powiększał się wskutek zaburzeń w krwiobiegu i uciskał na nerwy zwrotne.

Nie chodziło tu o skurcz głośni, gdyż badanie laryngoskopowe wykazywało, że ruchy przywodzące strun są zachowane, natomiast ruchy odwodzące były ograniczone.

Przypadek ten który jest bardzo rzadki, rzuca światło na zagadnienie, dotyczące istoty skurczu głośni.

Podczas, gdy większość badaczy uważa, że skurcz głośni powstaje wskutek podrażnienia gałązek nerwowych, zasilających mięśnie zwężające głośnię, *Riese* jest zdania, że chodzi tu raczej o porażenie niecałkowite i przemijające mięśni odwodzących, w następstwie czego następuje przewaga mm. przywodzących krtani. Mięsień nalewkowo—obrączkowy tylny, jedyny mięsień rozszerzający głośnię, ma być ponadto unerwiany przez nerw współczulny, zwoje którego są tu liczniejsze, niż w każdym innym mięśniu krtaniowym (*Onodi*).

Na korzyść tego poglądu przemawiają również wywody czysto rozumowe, mianowicie, że tak ważny mięsień dla życia, jak rozwieracz głośni, nie może podlegać wyłącznie nerwom od woli zależnym oraz fakt, że podczas narkozy i snu napięcie tego mięśnia nie znika.

Za takiem unerwieniem mięśnia obrączkowo nalewkowego tylnego przemawia i ta okoliczność, że po śmierci mięśnie odwodzące krtani szybciej obumierają, podobnie zresztą jak mięsień serca, m. *Millera* w oku i t. p.

Riese uważa zatem, że w skurczu głośni chodzi o porażenie nerwów współczulnych, których znaczenie uwydatnia się podczas zaburzeń koordynacyjnych nerwowych.

W przypadku naszym stwierdziliśmy przemijające porażenie rozwieraczy strun głosowych, a nie podrażnienie zwieraczy, gdyż addukcja strun była zachowana.

Patogenezę tej sprawy tłumaczymy przemijającem powiększaniem się bocznych zrazów tarczycy naskutek zaburzeń w krążeniu (zmiany w tętnicy głównej, serce hypoplastyczne). Zrazy te, znajdu-

jąc się nad pętlami nerwów zwrotnych, które podlegały rozciąganiu, powodowały porażenie włókien współczulnych, prawdopodobnie bardziej czułych na mechaniczne urazy.

Możliwe, że skurcze głośni u dzieci w szeregu przypadków powstają w sposób podobny.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik: Prof. Dr. *J. Szmurło*.

O zaburzeniach w wydzielaniu moczu po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych.

Podał Dr. Med. N. WOŁKOWYSKI.
Asystent Kliniki.

Funkcja migdałków podniebiennych jest dotychczas, pomimo licznych prac doświadczalnych i klinicznych, nieznana. Istnieje szereg teoryj i poglądów, przypisujących migdałkom podniebiennym różne funkcje, w zależności od anatomicznego lub biologicznego podejścia do badań.

Przyjmowano, że migdałki podniebienne posiadają funkcje gruczołów chłonnych, (*Schönemann*, *Henke*, *Killion*), dopóki badania anatomiczne (*Grünwald*, *Schlemmer*) nie stwierdziły, że nie posiadają one naczyń doprowadzających. Przypisywano migdałkom rolę obronną w organizmie (*Stöhr*, *Brüger*, *Gö-ke*), opierając się na ich położeniu w cieśni gardłowej, oraz na stwierdzeniu emigracji limfocytów.

Badania histologiczne wykazały istnienie w migdałkach podniebiennych ośrodków rozmnażania białych ciałek krwi (limfocytów), co skłoniło do zapatrywania się na nie, jako na narząd krwiotwórczy. Pogląd ten potwierdziły poniekąd badania *V. Schmidta*, który otrzymywał doświadczalnie przejściową limfopenję przez masowanie lub ochładzanie migdałków.

Doświadczenia *Waldapfela* wykazały, że ciała obce, wstrzyknięte pod śluzówkę muszel dolnych nosa, zostały drogą krwionośną przeniesione do migdałków podniebiennych. Skłoniło to do przyjęcia poglądu, że migdałki podniebienne służą do wydalania ciał obcych, trafiających do krwiobiegu.

Rizzatti przypuszcza, że migdałki podniebienne, oraz cały pierścień *Waldeyera* służą w organizmie do autowakcynacji, gdyż

z powodu ciągłego kontaktu z toksynami i ciałami toksynopochodnemi pobudzają organizm do wytwarzania przeciwciał i ciał obronnych.

Z rozwojem nauki — endokrinologji,—zaczęto doszukiwać się w migdałkach podniebiennych roli gruczołów dokrewnych. Doszukiwano się istnienia korelacji z innemi gruczołami dokrewnemi; jakoto: przysadką mózgową, grasicą, tarczycą i innemi. Badania laboratoryjne doprowadziły do wykrycia w migdałkach podniebiennych ciał redukujących, które znajdywano w innych gruczołach dokrewnych. (*Richter*, *Fleischmann*, *Schmidt*, *Andersen*, *Russ* i inni). Doświadczenia zaś *Vossa*, *Griebela* na kijankach, kurach i roślinach, *Slobodnika* na myszach i szczurach wykazały wpływ substancyj, zawartych w migdałkach podniebiennych, na wzrost i rozwój ustrojów zwierzęcych i roślinnych. W doświadczeniach tych, niezawsze zresztą zgodnych ze sobą, wykazywano przeważnie wpływ wyciągów z migdałków na zahamowanie rozwoju i wzrostu ustroju żywego.

Przytoczenie tak licznych i niekiedy sprzecznych poglądów, dotyczących roli i czynności migdałków podniebiennych, służy nam jedynie dowodem, że rola ta jest jeszcze dotychczach nieznana. Dlatego też wszelkie badania i spostrzeżenia czyto laboratoryjne, czyteż kliniczne, mogące naprowadzić na poznanie tej funkcji, znajdują natychmiast żywy oddźwięk.

W tomie IX, zesz. 3—4 „Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego" ukazała się w skróceniu praca *Erbricha* i *Lewenfisza* p. t. „O zaburzeniach występujących w organizmie po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych". Autorowie spostrzegali w każdym przypadku po wyłuszczeniu migdałków podniebienhych nadmierne wydzielanie moczu (polyuria), zaznaczając przytem, że ani doświadczenia na zwierzętach, ani obserwacja kliniczna nie jest w stanie dać przekonywującego wyjaśnienia tego zjawiska. Zdaniem autorów nie znajduje się ono w związku z przypisywaną przez niektórych badaczy funkcją hormonalną migdałków podniebiennych.

Stwierdzenie zaburzeń w wydzielaniu moczu po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych mogłoby nas naprowadzić na wykrycie istoty tego wpływu na narząd wydzielania moczu, a być może i na poznanie roli migdałków. W tym też celu, z polecenia Kierownika Kliniki Otolaryngologicznej Prof. *Szmurły* przystąpiliśmy do powtórzenia obserwacji *Erbricha* i *Lewenfisza*—do zbadania wpływu wyłuszczenia migdałków podniebiennych na wydzielanie moczu, oraz przyczyn tego zjawiska. Mierzenie ilości moczu przeprowadzano w ciągu jednej doby przed zabiegiem i trzech dób po zabiegu operacyjnym.

Nr.Nr.	Imię i płeć	1-a doba Przed operacją	1-a doba po operacji	2-a doba	3-a doba	U w a g i
1	A. W. ♂	2170 cm³	560 cm³	790 cm³	1000 cm³	
2	M. A. ♂	770 „	530 „	900 „	660 „	
3	P. A. ♂	900 „	500 „	400 „	300 „	
4	Ch. W. ♂	1220 „	740 „	630 „	550 „	
5	C. M. ♂	960 „	760 „	510 „	490 „	
6	K. T. ♂	1140 „	770 „	700 „	480 „	
7	I. Sz. ♂	1200 „	700 „	630 „	760 „	
8	M. H. ♀	950 „	730 „	350 „	350 „	
9	K. L. ♀	480 „	370 „	500 „	390 „	
10	A. H. ♂	850 „	730 „	400 „	450 „	
11	Cz. Z. ♂	460 „	250 „	140 „	740 „	
12	D. W. ♂	1000 „	750 „	360 „	560 „	
13	Z. J. ♂	490 „	450 „	690 „	690 „	
14	M. J. ♀	1020 „	940 „	350 „	520 „	
15	C. L. ♂	1150 „	390 „	380 „	220 „	
16	S. H. ♀	1550 „	370 „	880 „	580 „	
17	D. M. ♂	800 „	640 „	720 „	800 „	
18	G. E. ♂	960 „	1300 „	780 „	700 „	
19	F. A. ♂	700 „	700 „	880 „	1010 „	Conchotomia media sin.
20	R. A. ♂	500 „	840 „	720 „	530 „	Resectio septi nasi
21	Dz. ♂	960 „	1020 „	500 „	590 „	
22	P. W. ♂	1460 „	900 „	1370 „	1320 „	Conchotomia inferior dextra
23	P. S. ♂	1100 „	380 „	4[illegible]0 „	490 „	
24	Ł. M. ♂	900 „	380 „	220 „	400 „	
25	K. M. ♂	730 „	530 „	450 „	330 „	
26	W. A. ♂	1330 „	750 „	420 „	420 „	

Chorzy otrzymywali zupełnie jednakowy ilościowo i jakościowo pokarm. W pierwszym dniu po operacji chorzy nie przyjmowali pokarmów stałych, otrzymując jedynie pod wieczór szklankę płynu (zimnej wody lub herbaty), lub $^1/_4$ — $^1/_2$ szklanki lodów. Drugiego dnia chorzy otrzymywali $^1/_2$—$^3/_4$ litra kefiru , dwa spodeczki galarety owocowej, oraz szklankę wody lub zimnej herbaty. Podobna dieta trwała z małemi odmianani w ciągu następnych 3—4 dni. Ilość dobową moczu przed i po zabiegu operacyjnym mierzono u 26 chorych, z tego u 23 po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych, u trzech zaś po operacjach wewnątrznosowych (w celach porównawczych). Wyniki naszych spostrzeżeń przedstawia niżej podana tablica.

Z 23 przypadków po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych, jedynie w dwóch (18 i 21) stwierdzono w pierwszej dobie po zabiegu zwiększenie ilości moczu, który jednak w następnych dniach wykazywał zniżkę w porównaniu z ilością przedoperacyjną. W pozostałych 21 przypadkach notowano w pierwszej dobie po zabiegu zmniejszenie ilości moczu, niekiedy bardzo znaczne (przypadki: 1, 16, 23). W ciągu drugiej doby po zabiegu ilość moczu wykazuje naogół dalsze zmniejszenie, jedynie w 7 przypadkach (1, 2, 9, 13, 16, 17 i 23) ilość ta wzrosła. W ciągu trzeciej doby po operacji wzrasta naogół ilość moczu i wykazuje tendencję do wyrównania z ilością przedoperacyjną. W obydwu przypadkach (18 i 21) ze zwiększeniem ilości dobowej moczu w pierwszej dobie po zabiegu w ciągu następnych dwóch nastąpiło zmniejszenie, nawet poniżej ilości przedoperacyjnej. We wszystkich trzech przypadkach (19, 20 i 22) po zabiegach wewnątrznosowych ilość dobowa moczu w pierwszej dobie po zabiegu zachowywała się odmiennie; w jednym przypadku (18) zmian nie było, w drugim (20) wystąpiło zwiększenie ilości, w trzecim (22) zaś — zmniejszenie. Reasumując wyniki naszych badań należy dojść do wniosku, że:

1) W znacznej większości przypadków (23 na 26) ilość dobowa moczu po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych ulega zmniejszeniu, trwającemu przeważnie w ciągu pierwszych dwóch dób po zabiegu.

2) W trzeciej dobie po zabiegu, w znacznej ilości przypadków stwierdza się dążność do zwiększenia ilości dobowej moczu.

3) Zaburzenia w wydzielaniu moczu po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych należy uzależnić od zmniejszenia ilości pokarmów płynnych i stałych, które jest najznaczniejsze w ciągu pierwszej doby po zabiegu operacyjnym.

Sprawozdanie z III-go Kongresu Soc. Otorhino-laryngologica latina w Paryżu. (24/27 lipca 1933).

Podał: Prof. Dr. A. LASKIEWICZ

W myśl uchwały prezydjum związku otolaryngol. państw łacińskich postanowiono urządzić III-ci zjazd otolaryngologiczny w lipcu b. r. (1933) w Paryżu pod przewodnictwem znakomitego klinicysty D-ra *H. Bourgeois'a* kierownika oddziału otolaryngol. szpitala Laënneca. Zjechało się około 200-stu uczestników z Francji, Włoch, Hiszpanji, Rumunji, Belgji, Portugalji, Holandji, Ameryki łacińskiej, Danji (2-ch delegatów) i Polski (1 delegat).

Otwarcie zjazdu odbyło się w amfiteatrze Ecole de médeciné w obecności ministra Zdrowia *Goddarda*. Na podjum prezydjalnem zasiadło 8-miu przedstawicieli państw łacińskich, którzy kolejno wygłaszali swe przemówienia powitalne w imieniu swoich towarzystw Otolaryngol. Na prośbę komitetu przemówiłem również w imieniu Polskiego Tow. Otolaryngologicznego, podkreślając łączność duchową naszego zrzeszenia z kulturą łacińską. Jako ostatni zabrał głos minister *Goddard*, wyrażając w gorących słowach uznanie dla tak bogatego i interesującego programu obrad, który jest też najlepszym wyrazem żywotności zrzeszenia otolaryngol. łacińskich, obecnym zaś podziękował za tak liczny udział w zjeździe. Następnie prezes zjazdu Dr. *H. Bourgeois* otworzył obrady, oddając głos Prof. *Colletowi* z Lyonu, referentowi pierwszego punktu programu: Introduction à l'étude de la surdité nerveuse: Autor ujmuje swój temat w następujące 3 zasadnicze punkty:

1. Cechy funkcjonalne głuchoty nerwowej.

2. Jej przyczyny w świetle patogenezy i zmian histopatologicznych ucha wewnętrznego.

3. Udział dróg słuchowych (nerw słuchowy) i ośrodków nn. VIII-go w tem cierpieniu.

4. Cechy kliniczne różniczkowe zmian w błędniku, nerwie słuchowym, drogach i ośrodkach słuchu.

1. Rozpoznanie głuchoty nerwowej autor opiera na niewspółmierności pomiędzy ostrością słuchu na mowę głośną i szeptem, zmniejszonej percepcji zgłosek wysokich w odniesieniu do niskich; oraz na odmiennem zachowaniu się prób *Webera*, *Rinnego*, *Schwabacha*. obniżeniu górnej granicy słuchowej, badanej najwyższemi stroikami,

piszczałką *Galtona*, względnie monochordem *Struyckena* w porównaniu z uchem normalnem. Następnie omawia szczegółowo wyniki badań stroikowych przy jedno i obustronnej głuchocie nerwowej. Należy przy tem badaniu zwracać szczególniejszą uwagę na to, czy badany nie określa błędnie własnych szmerów podmiotowych jako drgania stroika, które właściwie już przeszło, względnie obecność objawu *Lermoyez-Hautanta* przy równoczesnem zajęciu ucha środkowego po stronie badanej. Jako przyczyny głuchoty nerwowej wymienia autor:

1) Zaburzenia rozwojowe błędnika; 2) Urazy bezpośrednie i pośrednie; 3) Zatrucia i skazy ustroju; 4) Schorzenia naczyń krwionośnych błędnika jako to ateromatoza, endarteriitis obliter. względnie zaburzenia naczynioruchowe; 5) Głuchota histeryczna; 6) głuchota nerwowa w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środk, chorób nerwowych, a zwłaszcza zapaleń opon m, krwotoków i zakrzepów żylnych w ośrodkach korowych i podkorowych nerwu słuchowego. Głuchota wrodzona, połączona z niemotą, cechuje się jedno-czy obustronnym niedorozwojem błędnika błoniastego, nerwu słuchowego, a często także i nerwu twarzowego, jako następstwo zapaleń oponowo-błędnikowych i mózgowych w życiu płodowem, wzgl. t. zw. głuchota myksoedematyczna, zdarzająca się w okolicach, gdzie panuje wole endemiczne. Głuchota urazowa jest następstwem urazów bezpośrednich błędnika (fract. bas. cranii translabyrinthica i pośrednich, uszkadzających przedewszystkiem narząd odbiorczy ucha. W tych wypadkach spotykamy przy badaniu znaczne skrócenie przewodnictwa kostnego, obniżenie słuchu na wysokie tony, piszczałkę *Galtona*, monochord i stroiki C_4 i C_5. Prócz tego mamy jeszcze różne postaci głuchoty zawodowej, której podłoże stanowią zmiany zwyradniające w narządzie *Cortiego* w rozmaitych częściach mbr. basilaris, zależnie od wysokości działającego przez czas dłuższy tonu czy gwałtownej detonacji. Zazwyczaj największe zmiany wykazują w tych wypadkach zwoje podstawne ślimaka.

Głuchota toksyczna wskutek zatrucia Pb, As, Ag, J, Ph, a z pośród nich na plan pierwszy wysuwa się głuchota w następstwie zatrucia Pb, zawodowa lub przypadkowa (farbowanie włosów). Nie mamy w niej często ani szmerów podmiotowych, ani też zaburzeń równowagi, — przedsionek jest najczęściej bez zmian. Słuch wykazuje skrócenie przewodnictwa kostnego i tonów wysokich (uszkodzenie pnia nerwu VIII-go i komórek zwojowych, zanik naczyń błędnikowych albo obrzęk komórek narządu *Cortiego* i mbr. basilaris. To samo dotyczy zatruć As. i salwarsanem. Chinina i salicylaty w ma-

łych dawkach szkodzą wyłącznie słuchowi (skrócenie przew. kostnego i tonów górnych), we większych natomiast powodują prócz tego jeszcze zaburzenia równowagi i wzroku. Z badań *Kirchnera*, *Wittmaacka* i *Gudera* wynika że chodzi tu o zmiany w komórkach zwojowych *Cortiego* i *Scarpy* (tigroliza, vakuolizacja). Alkoholizm i nadmierne używanie tytuniu powodują stany zapalne nietylko nerwu wzrokowego lecz także i słuchowego z wyraźnem obniżeniem górnej granicy i skróceniem przewodnictwa kostnego (zwyrodnienie komórek zmysłowych narządu *Cortiego*, włókien nerwowych oraz komórek zwojowych ślimaka przez nikotynę), których należyte odgraniczenie często nie jest możliwe, gdyż trucizny te działają równocześnie także i na nerwy naczyniowe, wzgl. na mięśnie gładkie ich ścian. Głuchota w przebiegu chorób zakaźnych jest następstwem szkodliwego działania toksyn, krążących we krwi na poszczególne części ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego i jego ośrodków często wprost przez opony. Ma to miejsce w płonicy, błonicy, durze brzusznym, grypie, zapaleniu przyusznicy i zapaleniu nagminnem opon mózg. W ospie autor spotykał wylewy krwawe w obrębie pnia i zakończeń nerwu usznego. Zmiany troficzne w nerwie słuchowym i komórkach zwojowych *Cortiego* w tyfusie brzusznym opisywał *Wittmaack*. W durze osutkowym natomiast spostrzegał autor częściej zmniejszenie pola słuchowego znacznego stopnia, wypadanie wysepkowe tonów, wylewy krwawe w ośrodkach nerwu VIII-go przy utrzymanej pobudliwości nerwu przedsionkowego. Jako pozostałość po błonicy spotyka się również niedosłuch znacznego stopnia (typ błędnikowy) z zaburzeniami równowagi, porażeniem podniebienia miękkiego, nerwu twarzowego. Neuritis acustica na tle grypy daje zmiany w pniu nerwu słuchowego i komórkach zwojowych, rzadziej wynaczynienia krwi w tych miejscach z zanikiem elementów nerwowych. Te jednostronne zaburzenia słuchowe łączą się często z pojawieniem się opryszczki wzdłuż gałązek n. trojdzielnego (półpasiec uszny), tak jak niekiedy w ostrym gośccu stawowym możemy mieć przytępienie słuchu o typie zajęcia nerwu słuchowego, które często ustępuje po podaniu salicylatów.

Głuchota jedno — względnie obustronna przejściowa jest następstwem drobnych wylewów krwawych w błędniku, albo meningitis circumscripta, zwłaszcza jeżeli równocześnie mamy zajęcie nerwów ocznego, okoruchowego, twarzowego i trójdzielnego. Meningitis zwłaszcza tbc. i epidemica, jak również towarzyszące im często zajęcie kory mózg. (encephalitis) łączą się ze znacznym niedosłuchem oraz

zaburzeniami błędnikowemi. Jad dyfterytyczny działa niszcząco na nerw słuchowy, jego ośrodki, komórki zwoju *Cortiego* i *Scarpy*, powodując przejściowe zaburzenia słuchu.

W kile spotykamy zasadniczo 2 postaci głuchoty: nagłą i postępującą. Z pierwszą postacią spotykamy się w okresie 3 ciorzędnym i to często po jednej stronie, która poprawia się pod wpływem leczenia specyficznego i wstrzykiwań pilokarpiny. W tabes mamy częściej powoli występującą głuchotę. W kile zaś wrodzonej głuchota całkowita łączy się z obniżoną pobudliwością błędnika oraz zaburzeniami ocznemi i t. p. W tym wypadku spotykamy zmiany w naczyniach błędnika, powodujące zanik elementów zmysłowych ucha wewnętrznego, stąd znaczne skrócenie górnej granicy słuchowej oraz przewodnictwa kostnego. Niekiedy występuje w tym okresie porażenie nerwu twarzowego, wywołane zapaleniem kiłowem okostny przewodu słuchowego wewnętrznego wzgl. zmianami zwyradniającemi w obrębie jąder *Bechterewa* i *Deitersa.* W tabes spotyka się głuchotę postępującą z zawrotami i bólami głowy jako następstwo zapalenia i zaniku nerwu usznego. Oprócz tego mamy bóle strzelające w obrębie czoła i szczęk, połączone z upośledzeniem czucia w 1-szej i 2-giej gałązce nn. trójdzielnego, wypadaniem zębów i t. p.

W gruźlicy spotykamy niedosłuch znacznego stopnia w następstwie zaniku nerwu słuchowego. Znaczne wycieńczenie (kacheksja) na tle nowotworowem jest również przyczyną zaniku nerwu słuchowego oraz komórek zwojowych *Cortiego.* Toksemia na tle uremji wywołuje obrzęki pnia i ośrodków nn. VIII-go j. również skurcze naczyń krwion. błędnika.

Cukrzyca łączy się z postępującą głuchotą bez objawów przedsionkowych, anemja, leukemja z zajęciem całego ucha wewnętrznego (krwawienia). W daleko posuniętej miażdżycy tętnic mamy doczynienia z postępującym niedosłuchem, znacznem obniżeniem górnej granicy słuchowej, skróceniem przewodnictwa kostnego i próby *Rinnego* wskutek zaniku nerwu słuchowego, narządu *Cortiego* i komórek zwojowych. Z objawów ośrodkowych mamy często bóle, zawroty głowy oraz upośledzenie pamięci. Ten typ głuchoty cechuje szybki postęp oraz wystąpienie uporczywych szmerów podmiotowych. Przypadki trombozy naczyń błędnikowych, zdarzające się niekiedy w miażdżycy tętnic, chor. nerek przebiegają z zawrotami głowy, głuchotą jednostronną. Skurcz naczyń krwion. błędnika, zaburzenia w tonus nerwu błędnego i współczulnego (typ *Lermoyez*) daje w pierwszym rzędzie zawroty głowy, szmery i niedosłuch, które mijają albo utrzy-

mują się w wypadkach wynaczynień albo wysięku z tych naczyń do przestrzeni endo i perilimfatycznych błędnika (otitis int. vasomotoria). Głuchota starcza, cechująca się skróceniem górnej granicy i przewodnictwa kostnego, powstaje na tle zmian w naczyniach krwionośnych błędnika i pewnej sztywności błonki podstawnej ślimaka. Przypadki otospongiozy dzielimy na takie które obejmują wyłącznie tylko ślimak, jako miejsce pierwotnego schorzenia, i na takie, w których znaczne upośledzenie słuchu i skrócenie przewodnictwa kostnego powstało na tle procesów zrostowych w uchu środk. (otitis md. chron. adhaes), dając typ mięszany niedosłuchu t. j.: narządu przewodzącego i odbiorczego często z objawami błędnikowemi.

Upośledzenie słuchu w nerwicach (neurasteńja, hi,) obok znacznego niedosłuchu na szept i mowę daje jeszcze niemożność percepowania stroików wysokich w odróżnieniu od niskich. W histerji zaś mamy największą różnorodność zaburzeń słuchowych dla poszczególnych rodzajow dźwięków jako to dla zegarka, to znów dla stroików wyższych i niskich obok wyraźnych zaburzeń błędnikowych.

Guzy nerwu słuchowego i kąta mostowo-móżdżkowego dają formułę akustyczną wielce do siebie zbliżoną t j: niedosłuch na szept, Weber w stronę zdrową, Schwabach znacznie skrócony jak również stroiki wyższe. Ri obustronnie dodatni i zmienny (*Grahe*).

Guzy IV-tej komory dają niedosłuch o typie ucha wewnętrznego ze skróceniem przewodnictwa kostnego, móżdżkowe zaś głuchotę jednostronną ze skróceniem przewodnictwa kostnego oraz dodatnim Ri., przyczem jak przy wszystkich zaburzeniach centralnych, nerwu słuchowego szmery podmiotowe są stosunkowo nieznaczne. Guzy w mesencephalon dają wspomniane objawy często po obu stronach: (surdité mesencephalique *Siebenmann*). Guzy podstawy czaszki i mózgu powodują daleko idące zmiany w strukturze ślimaka i zwojach sp. *Cortiego* (częste wylewy krwawe), ze znacznem rozszerzeniem wodociągu ślimakowego i błędnikowego jak również przewodu słuchowego wewn. a dalej stazę żylną błędnikową analogiczną do tarczy zastoinowej w oku.

Objawy kliniczne tej stazy błędnika są zależne od wielkości podwyższenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, przyczem występuje znaczne osłabienie przewodnictwa kostnego, skrócenie górnej granicy stroikowej w odróżnieniu od szeptu, jak również pewna nadczułość na próbę galwaniczną ze skróceniem okresu utajenia i zbyt silnym oczopląsem (nystagmoclonus *Neumann*). Porażenie nerwu trójdzielnego i twarzowego spotyka się tu bardzo często. W przypadkach wylewu

krwawego do caps. int. występuje znaczne upośledzenie słuchu po tej samej stronie. Zmiany zakrzepowe w zwoju poprzecznym Henschla powodują głuchotę po stronie przeciwnej, a stosunkowo mniejsze upośledzenie słuchu po tej samej stronie.

Zmiany organiczne wyłącznie tylko do ślimaka dają skrócenie górnej granicy, wypadanie wysepkowe tonów, Rin. skróc. dodatni, *Schwab.* skrócony, *Weber* na stronę ucha zdrowego. Nerw zaś sam: oprócz zmian wyżej opisanych jeszcze osłabienie, wzgl. wzniesienie pobudliwości na próby statyczne, szumy podmiotowe o charakterze wysokim.

Drugi z kolei przemawiał prof. *Quix* z Utrechtu na temat: Physiologie de l'oreille interne acoustique. Omawiając kolejno teorje słyszenia w odniesieniu do patologji ucha objaśnia znaczenie i wartość teorji rezonacyjnej, podanej przez *Ohma, Fouriera i Helmholtza*, na podstawie doświadczeń *Bagińskiego, Munka, Wittmaacka, Eickena, Marxa, Kimury i t. p.* Z drugiej znów strony autor przytacza cały szereg badań jak *Schambaugha, Ewelda, Stepaniniego, Wilkinsona i Tullio*, przemawiających na niekorzyść tej teorji. To samo dotyczy teorji *M. Wiena* o zmniejszonej wrażliwości ucha na tony niskie w porównaniu do tonów średnicy, powodującej gorsze ich słyszenie w akordzie. *Bonain, Escat i Bonnier* określają porównanie ślimaka z przyrządem rezonacyjnym wprost jako coś, co stoi w sprzeczności z anatomją i fizjologją ucha wewnętrznego. Natomiast dwaj ostatni autorzy porównują narząd słuchowy do przyrządu rejestracyjnego o szybko zmieniającej się krzywej ciśnienia cieczy endolimfatycznej, której drgania zostają zanalizowane szczegółowo w ośrodkach. Inne teorje jak *Ewalda, Ter Kuilego, Hassego, Hartmana i Kempfa* nie mają większego znaczenia wobec braku bliższych danych co do właściwości fizyko-chemicznych mbr. basilaris, tectoria, oraz endo i perilimfy. Czy chodzi tu o tworzenie się fal stojących, podłużnych, czy wirów, wymaga jeszcze dokładniejszego sprecyzowania.

W dalszym ciągu zastanawia się autor nad znaczeniem przewodnictwa kostnego dla fizjologji słuchu, rozpatrując szczegółowo drogę aero-kranio-tympanalną i diotyczną (przenoszenia się tonu drgającego stroika z jednego ucha na drugie) przyczem zależnie od wysokości tonu długość fali jest dla obu pierwszych dróg różna. Stopień wrażliwości ucha na poszczególne tony tłumaczy nam ten fakt, że w zespole orkiestralnym tony wysokie są silniej słyszalne aniżeli niskie, podobnie jak wysoki sopran przegłusza spiew chóralny. Wyrazy i słowa, zawierające spiranty, są słyszalne ze znacznie większej odległości niż te, które posiadają spółgłoski wargowe, nieme i t. p. Prądy czyn-

nościowe nerwu słuchowego badali u kotów i królików *Buitendijk Miller, Forbes i Connor,* otrzymując pod wpływem tonów od 235 drgnięć n/s jako też stroika C_4 i gwizdawki *Galtona* dość znaczne wychylenia galwanometru. *Foa i Peroni* tonem piszczałki organowej o 16-tu, 33-ch i 132 drganiach n/s wywoływali u żółwi prądy czynnościowe w nerwie słuchowym po wymóżdżeniu, przyczem okazało się że miejscem wyładowania się tej energji elektrycznej jest ślimak, gdyż po jego zniszczeniu lub przecięciu nerwu słuchowego prąd czynnościowy znikał całkowicie. Wyniki tych doświadczeń stały się punktem wyjścia teorji telefonicznej *Boringa i Adrjana* odbierania wrażeń słuchowych. Częstotliwość drgań tych prądów czynnościowych wynosi przeciętnie od 900—1000 n/sek. Prądy czynnościowe o fazie 3,500 n/sek. są identyczne z objawami, opisanemi przez *Webera i Braya* i stanowią potwierdzenie teorji harfowej *Helmholtza.* Rola błędnika w przyjmowaniu wrażeń słuchowych. Z badań *Tullio* wynika, że silny ton piszczałki *Edelmanna,* wprowadzony do ucha zwierzęcia, u którego otwarto jeden z kanałów półkolistych błędnika, powoduje ruchy głowy w płaszczyźnie uszkodzonego kanału ku stronie przeciwnej. W ślimaku dokonuje się analiza poszczególnych tonów złożonych. Woreczek i łagiewka odbierają tony niskie. Autor badał wpływ poszczególnych tonów skali *Betzolda* na próbę wskazywania palcem w przypadkach istnienia przetoki w kanale poziomym błędnika u człowieka na tle np. perlaka. Z badań tych wynika, że stroiki niskie w pełnej fazie drgania, powodują wyraźne zbaczanie palca w płaszczyźnie kanału, w którym znajduje się przetoka, co może również być pomocnem w rozpoznaniu umiejscowienia przetoki błędnikowej, a równocześnie stanowi też pewne potwierdzenie doświadczeń prof. *Tullio.*

Punkt 3-ci programu wypełnił referat D-ra *R. Caussé* p. t. Le diagnostic acoumetrique des surdités de la perception, w którym autor wskazuje na trudności rozpoznawcze głuchoty na tle zmian w narządzie przewodzącym w odróżnieniu od niedosłuchu narządu odbiorczego. Skrócenie górnej granicy tonów skali *Betzolda* podobnie jak i przewodnictwa kostnego, spotyka się w niektórych przypadkach zarówno w schorzeniach narządu przewodzącego, jak przedewszystkiem aparatu odbiorczego ucha. Toteż zdaniem *Politzera* w rozpoznaniu przyczyn głuchoty należy opierać się na wszystkich próbach słuchowych i badaniu błędnika. Dopiero szczegółowe porównanie tych prób, wzgl. zastosowanie wykresów audiometrycznych może rozwiązać to trudne zagadnienie, czy mamy do czynienia ze zmianami w narządzie przewodzącym czy odbiorczym. To samo dotyczy precyzyjnego

badania przewodnictwa kostnego przez porównanie z uchem normalnie słyszącem. Wówczas znikną te błędne wyniki o przedłużonem przewodnictwie kostnem w głuchocie nerwowej, wrzekomym *Schwabachu* i t. p., a metodyka określania zdolności słyszenia stanie się bardziej przystępna i dla praktyka.

W dyskusji *Bonain* (Brest) twierdzi, że podobnie jak fale świetlne ulegają rozszczepieniu przez pryzmaty optyczne, fale akustyczne mogą się zmieniać na drodze przewodnictwa kostno-kosteczkowego, względnie dyssocjacja rezonacyjna ma miejsce w uchu wewnętrznem dzięki rezonatorom nastrojonym na wszystkie słyszane tony. Narząd *Cortiego* tworzy sieć złożoną z komórek zmysłowych, rozciągających się w równej mierze od podstawy do szczytu ślimaka przyczem tunel *Cortiego* ułatwia przenoszenie się i odbieranie wrażeń słuchowych.

P. Tullio-Silv. Canova: Recherches comparatives sur les excitations électriques, thermiques et sonores du labyrinthe acoustique. Autorowie zapisywali sposobem graficznym na walcu okopconym oraz na drodze fotografji ruchy głowy i dzioba u gołębi, u których poprzednio wykonali otwarcie kanału poziomego błędnika. Załączona krzywa wykazuje zależność ruchów głowy, ich stałość i okresowość od siły, rodzaju oraz kierunku pobudzenia słuchowego piszczałką *Edelmanna*. Należy przypuścić, że skoro ton o określonej wysokości trafi głowę zwierzęcia z określonej odległości, jest on w stanie wywołać prądy czynnościowe we wszystkich 6-ciu kanałach. Natężenie oraz kierunek tych prądów różni się w każdym z tych kanałów półkolistych, co przyczynia się w znacznej mierze do rozpoznania kierunku skąd ton dochodzi do danego ucha. Zbijając wywody *Quixa*, *Tullio* twierdzi, że przetoka w kanale poziomym służy do podniesienia wrażliwości przedsionka na dany ton. *Quix* zaś zaprzecza temu by jeden i ten sam narząd spełniał dwojaką rolę słuchową i statyczną. Uzupełnieniem tego tematu był referat prof. *E. Escata* (Touluse) i *Rigauda*: Les épreuves de sincerité dans les expertises otologiques

Badania wiarogodności w zapodaniach poszczególnych prób słuchowych stanowią podstawę w orzecznictwie sądowo - lekarskiem, wojskowem i cywilnem zwłaszcza o ile chodzi o uszkodzenie narządu słuchowego przypadkowe, wojenne lub w następstwie chorób usznych. Próby symulacji czy dyssymulacji niedosłuchu muszą być wykonywane niezwykle precyzyjnie i zręcznie, by otrzymać pożądany wynik, jak niemniej też dokładne sprawdzenie tych wyników drogą prób odwrotnych (contre-épreuves).

O wpływie prądu galwanicznego na słuch mówił *J. Ramadier*

i R. David-Galatz: oddziaływanie nerwu słuchowego na prąd galwaniczny daje ze wszystkich cierpień usznych tylko w 20% przypadków poprawę słuchu, które występuje wyraźnie zwłaszcza w wypadkach schorzeń obwodowych błędnika (nadmierna pobudliwość). W wypadkach schorzeń narządu odbiorczego o nieokreślonej bliżej etjologji oddziaływanie to jest niestałe i nadzwyczaj zmienne. Próba ta pozwala do pewnego stopnia określić miejsce schorzenia w poszczególnych odcinkach ucha wewnętrznego, na co zwracał uwanę pierwszy *Gradenigo* (w r. 1894-tym) i zachęcał do jaknajczęstszego jej stosowania. W dyskusji *de Parrel* wskazuje na podobieństwo formuły akumetrycznej schorzeń nerwu słuchowego zawodowych i starczych. Szczególnie odnosi się to do otoneuroz muzyków, które stoją niejednokrotnie w związku z rodzajem instrumentów (smyczkowe i dęte) oraz wysokością tonów. W wypadkach zaś głuchoty po chorobach zakaźnych trzeba z góry określić choremu rodzaj zajęcia zawodowego, co jest rzeczą wielkiej wagi ze względu na utrzymanie dalsze resztek słuchowych. *Quix* zaznacza, że w wypadkach uszkodzenia narządu przewodzącego badanie przewodnictwa kostnego w pokoju odosobnionym (camera silent.) nie daje wyraźnego przedłużenia przewodnictwa kostnego jak w tych warunkach, w których dołączają się od zewnątrz szmery. Toteż próby *Webera i Schwabacha* mają wartość względną. *Halphen i Gault* przez porównanie zmysłu węchu, smaku oraz wzroku ze słuchem widzą właściwości nabłonka zmysłowego, pod które dałyby się podciągnąć także komórki *Cortiego.* W warunkach zwykłych przedłużenie przewodnictwa kostnego wskazuje zawsze na zajęcie narządu przewodzącego.

Marea (Buenos Aires) podnosi zalety ventriculografji z lipjodolem w celach rozpoznawczych guzów pontocerebelarnych. *Casadesus* (Barcelona) uważa próby *Schwabacha i Webera* za klasyczne i niedające się zastąpić. *Quix* w dalszym ciągu wskazuje na otospongiozę, w której przecież jest schorzenie narządu odbiorczego, a mimo to przewodnictwo kostne jest przedłużone. Toteż opierając się li tylko na wynikach tych prób można popełnić łatwo błąd. *Moulonguet* zgodnie z *Caussem* podtrzymuje wielkie znaczenie badania górnej granicy słuchu i przewodnictwa kostnego monochordem *Struyckena,* gdyż otrzymał daleko idące różnice z piszczałką *Galtona. Dutheillet de Lamothe* (Limoges) zgadza się z *Quixem* co do znaczenia prób *Webera* i *Schwabacha* w odniesieniu do schorzeń ucha środkowego i wewnętrznego. Wspólnie z prof. *Duvergerem* opisali odruch źrenicowy, przy pobudzeniu dźwiękowem ucha, wyłączający czynnik podmiotowy przy

badaniu słuchu. *Ramadier* utrzymuje, że w wypadkach zmian w narządzie odbiorczym skrócenie przewodnictwa kostnego jest dla nas ważnym objawem klinicznym, umożliwiającym odróżnienie dokładne poszczególnych form głuchoty nerwowej. *Barré* (Strassburg) przytoczył przypadek guza II-go zwoju skroniowego lewego z całym szeregiem zaburzeń słuchowych, z których najbardziej cechującemi były objawy typowej agnozji słuchowej ze zmniejszeniem się ostrości słuchu i szmerami przeciągłemi. Objawy te ustąpiły całkowicie po wycięciu tegoż guza. *H. Bourgeois* przytacza podobny przypadek agnozji słuchowej w następstwie uderzenia w okolicę skroniową. Powyższe zaburzenia słuchowe zmieniały się pod wpływem innego położenia chorego lub ucisku silnego na skroń. Należy tu również wspomnieć o głuchocie typu opuszkowego na tle kiły.

Punkt 6-ty programu wypełnił referat *D-ra Moulongueta* o leczeniu chirurgicznem szmerów usznych. Autor omówił kolejno zabiegi operacyjne przy szmerach usznych pochodzenia naczyniowego, polegające na podwiązaniu naczyń szyjnych wzgl. ich usunięciu. Przy szmerach zaś pochodzenia mięśniowego stosuje się przecięcie błony bębenkowej wzgl. jej fałdek, a następnie usunięcie młoteczka i kowadełka, mobilizację strzemionka, czy też przecięcie ścięgna m. tensor tympani i stapedius, niekiedy z wynikiem pomyślnym. Z zabiegów stosowanych na błędniku autor wymienia nakłucie okienka okrągłego, zalecane p. *Boteya, Biehla i Baran'yego.* Dekompresja błędnika sposobem podanym p. *Jenkinsa* i *Sourdilla,* nakłucie woreczka błędnikowego sposobem *Portmanna* mają po dziś dzień swoje zastosowanie w szmerach usznych. Do bardziej ryzykownych należą nakłucia podpotyliczne i opon mózgowych. Wreszcie przecięcie nerwu usznego, wykonane po raz 1-szy przez *F. Krausego* i *Lannois'a* w sposób następujący: Po odsłonięciu opony twardej tylnego dołu czaszkowego nacina się oponę poniżej zatoki esowatej i odsuwa móżdżek na stronę przyśrodkową, poczem przecina się wiązki nn. VIII-go na zewnątrz od facialis i art. auditiva int. Zabieg ten daje dość znaczny odsetek śmiertelności. Sympathectomia pericarotidea przy szmerach usznych proponowali *Brünings* i *Forster.* O szmerach usznych pochodzenia naczyniowego mówił *L. Baldenweck.* Autor odróżnia szmery będące następstwem zaburzeń w krążeniu od tych, które pochodzą od zmian anatomicznych w naczyniach szyjnych (zwapnienie ścian). Trzecią grupę stanowią zmiany w naczyniach błędnika bądź jako ich rozszerzenia zapalne, bądź zmiany miażdżycowe. Zmiany te powodują zanik komórek zmysłowych w narządzie *Cortiego,* zwoju wężownico-

watym i ośrodkach trzonu mózgowego. Zmiany w tętnicy słuchowej wewn. w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek dają stale szmery uszne. W innych znów wypadkach anaemia i hypaeremia błędnika są przyczyną szmerów o różnem nasileniu i czasie trwania, które wzmagają się w spokoju. Cechą ich dalszą bywa nieraz szmer pulsujący, synchroniczny ze skurczem serca, zwany p. van *Caneghena*: *dystonie vasculaire locale*. Tenże sam autor zwrócił uwagę na wpływ ciśnienia krwi na powstawanie szumów, a w szczególności na zmianę w fazie skurczowej i rozkurczowej serca. Takie szmery mogą powstawać u człowieka z normalnym narządem słuchowym w absolutnej ciszy (camera silent.) są one zazwyczaj wysokie około C_5 i C_6 i pochodzą od tętna prawidłowo napiętej tętnicy dogłowowej, względnie wirów w jej świetle. Szmery te fizjologicznie mogą być spotęgowane przez zatkanie przewodu słuchowego zewn. i trąbki *Eust.* Sprawy zapalne ucha środkowego (otitis md. catarrhalis i purul. ac.) powodują szumy wskutek rozszerzenia naczyń krwionośnych w uchu środkowem i wewn. W dalszym ciągu omawia autor genezę szmerów naczyniowych w stanach patologicznych (anormaux) rozróżniając: 1) szmery uszne w chorobach krwi: anemji, chlorozie, kacheksji oraz rekonwalescenscji po ciężkich chorobach, w których to postaciach powstają wiry w bulbus venae jugul, oraz zmniejszone ciśnienie w naczyniach błędnikowych i ośrodkach nerwu słuchowego. 2) Szmery w następstwie uszkodzenia naczyń błędnikowych pod postacią anemji błędnika, jego przekrwienia lub drobnych wynaczynień. Ma to miejsce w stanach zapalnych błędnika, rozległych zbliznowaceniach w jamie bębenkowej (tympanoscler). 3) W otospongiozie są często szmery wysokie (podrażnienie narządu *Cort.*) względnie niskie, monotonne, przypominające huk motoru (choroby nerek i serca). 4) Skurcze naczyniowe w szczególności tętnicy usznej wewn. z wystąpieniem nagłych szmerów z zawrotami głowy i głuchotą (triada), poczem objawy te mogą dość szybko ustąpić. 5) Zespół objawów *Menierea* jest typem crises angioneurotiques a tylko mała ich część polega na drobnych wynaczynieniach w błędniku. Szumy w następstwie zaburzeń naczynioruchowych powstają przy zwężeniu naczyń błędnika j. np. w migrenie, chor. *Raynauda*, kryzach spastycznych w histerji i epilepsii. Natomiast rozszerzenie naczyń błędnika i towarzyszące mu szmery z zawrotami głowy mają miejsce w zatruciach chininą, salicylem, a następnie uderzeniach krwi dyspeptycznych i schorzeniach wątroby. Urazy czaszkowe są przyczyną uporczywych szmerów na skutek patologicznych zrostów z oponą, które powodują zmianę w ciśnieniu

płynu mózgowordzeniowego oraz zaburzenia naczynioruchowe w ośrodkach nerwu słuchowego. Wreszcie schorzenia naczyń krwionośnych głowy i szyi a zwłaszcza tętniaki tętnicy dogłowowej dają uporczywe szumy uszne. Autor poleca w tych wypadkach podwiązanie tych naczyń na szyi. W wypadkach zaś zaburzeń naczynioruchowych leczenie neopankarpiną, strychniną i t. p.

Punkt 8-my programu stanowił referat prof. *Citelliego*: *Blocco cochleare da congestione con rapida sordità*, w którym autor omawia zmiany słuchowe, spotykane w daleko posuniętej miażdżycy tętnic z mniej lub więcej wyraźnem upośledzeniem słuchu. Niektórzy z nich tracili nagle słuch w następstwie przeziębienia (na mrozie wzgl. przemoczeniu nóg). Głuchocie tej towarzyszą silne szmery bez jakichkolwiek zaburzeń ze strony błędnika. Przy odpowiedniem leczeniu dekongestywnem błędnika słuch poprawia się szybko. Autor porównuje ten objaw do schorzenia gruczołu krokowego, gdzie również w pewnych wypadkach przyjść może nagle do zahamowania czynności pęcherza i nerek i niemożności oddawania moczu. W dyskusji *Bourgeois* przytacza podobny przypadek własny nagłej głuchoty, który cofnął się w ciągu kilku dni pod wpływem leczenia jodem. O głuchocie błędnikowej pochodzenia miażdżycowego referował prof. *Malan* z Turynu. Po szczegółowem omówieniu obrazu histopatologicznego zmian będących następstwem miażdżycy naczyń błędnikowych, opisuje autor różne cechy kliniczne tego postępującego schorzenia j. to: głuchota bez zawrotów głowy, 2-gi typ—zawroty głowy bez wyraźnego przytępienia słuchu, postać mięszana — głuchota z zawrotami głowy, opisywana też jako zespół objawów *Menierea*.

Wreszcie otalgia angiosclerotica Stein polegająca bądź na skurczu tętnicy słuchowej wewnętrznej, bądź nadciśnieniu wchłonki nazwanem przez Ferreriego glaucoma auris int. W dyskusji *H. Bourgeois* powołuje się na 2 leczone własne przypadki wspomnianej głuchoty, z których każdy kończył się napadami zawrotów głowy i odzyskaniem częściowem słuchu, aż wreszcie nastąpił okres stale postępującego niedosłuchu.— *C. Canestro* (*Genova*) mówił o leczeniu głuchoniemoty w następstwie kiły nabytej i dziedzicznej. Odnośnie do tego zagadnienia poleca autor w pierwszym rzędzie leczenie przeciwkiłowe. W leczeniu głuchoty w kile 2-gorzędnej, odczynie nerwowym *Herxheimera*, nawrotach nerwowych po arszeniku należy stosować leczenie kombinowane oraz z wielką ostrożnością przetwory arszenikowe. Spostrzeżenia osobiste autora odnośnie do leczenia malarją głuchoty pokiłowej dały nader zachęcające wyniki. Co się zaś tyczy głuchoty o nieustalonej etjologji

względnie kiłowej, nader opornej na leczenie ogólne, przytacza autor cały szereg własnych przypadków, w których mógł częściowo znieść tę intolerancję nerwu VIII-go na przetwory As. podawaniem równoczesnem połączeń kwasów aminowych. Zaburzenia słuchowe na tle współczulnem omówił prof. *Worms*, stawiając na pierwszem miejscu szmery przy schorzeniach gruczołów o wydzielaniu wewn. (hypertyreoidismus) oraz układu współczulnego. Do następnej grupy zalicza schorzenia ucha wewnętrznego pochodzenia naczynioruchowego, których punkt wyjścia jest zwykle odległy j. np.: appendicitis, choroby narządu rodnego, blizny pourazowe szyi i czaszki. W trzecią grupę ujmuje autor te dość rzadkie przypadki, w których wspomniane zaburzenia były następstwem blizn w okolicy szyi twarzy po ciężkich urazach. Objawom głuchoty o typie otosklerotycznym towarzyszą zaburzenia czuciowe, wydzielnicze, poty i woszczyny, oraz naczynioruchowe po tej samej stronie. Są to objawy analogiczne do tych, jakie autor opisywał podczas wojny pod nazwą zaburzeń fizjopatycznych (troficzno-wydzielniczych) po uszkodzeniu pnia nerwu współczulnego. *Vasiliu* (Bucarest) wspomina o przypadku w kt. po przepłókaniu ucha zewnętrznego wystąpiło wyraźne zwiększenie upławów miesiączkowych, wskutek silniejszych skurczów macicy.

Znaczenie audifonów w niedosłuchu i głuchocie oraz protez akustycznych przedstawił de *Parrel* (*Paryż*). Rozróżnia on 3 rodzaje przyrządów, umożliwiających lepsze słyszenie: 1) tuby akustyczne, nadające się przedewszystkiem przy znacznym niedosłuchu (otosklerosa, otoneuroza), 2) rożki akustyczne raczej tylko w wypadkach głuchoty przewodnictwa (nieżyty zrostowe ucha środk.) bez udziału błędnika, gdzie szept wysoki jest słyszany na 1 m. 3) audifony mikrofoniczne, nadające się zwłaszcza w daleko posuniętych zmianach w błędniku i nerwie słuchowym, gdzie słuch na szept wysoki nie przekracza jednego m. Użycie tych przyrządów umożliwia reedukację słuchu i odczytywanie z ust. Przeciwwskazania do ich zastosowania stanowi tylko nadwrażliwość błędnikowo-nerwowa.

Sprawę leczenia chirurgicznego guzów nerwu VIII-go omówili *M. Balado* i *Ricardo Morea* (Buenos Aires). Po dokładnem stwierdzeniu badaniem klinicznem umiejscowienia wspomnianych guzów zalecają autorowie ci leczenie dekompresyjne, nakłucie rdzeniowe, względnie trepanację dekompresyjną zwłaszcza u osobników młodych. Następnie zastrzyki dożylne surowicy z glukozą (33%) i siarkanu Mg. 5% — Leczenie chirurgiczne drogą otwarcia błędnika. Opis 2-ch przypadków własnych z podaniem obrazu histopatologicznego.

W objawach ślimakowych guzów okolicy kąta móżdżkowego odróżnia *Aubry* 3 rodzaje niedosłuchu: 1) głuchota całkowita, spotykana w 1/3 ilości przypadków 2-gi typ, gdzie słyszalne są tylko tony wysokie (od 1024) i w końcu typ 3-ci gdzie niedosłuch jest i na tony średnie (ok. 435). Jednym z ważnych objawów klinicznych głuchoty tego typu jest jej charakter dysharmoniczny. — Głuchotę w okresie karmienia u kobiet spostrzegał *G. Ferreri* z Rzymu w 2-ch przypadkach u kobiet, które nigdy przedtem nie skarżyły się na żadne dolegliwości ze strony ucha. Wspomniane zaburzenia n. słuchowego zaczęły się ujawniać dopiero między 4-tym a 6-tym miesiącem karmienia. W przypadkach tych chodziło niewątpliwie o zaburzenia troficzne nerwu słuchowego i ucha środkowego na tle utraty soli Ca i Mg. oraz naruszenia równowagi gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Zmiany te występują częściej u kobiet obciążonych dziedziczną skłonnością do chorób usznych, na co w dyskusji szczególniej kład nacisk *Bourgeois* i zalecał wstrzykiwania dożylne soli wapniowych. *Halphen* wspomina o przypadku pewnej młodej dziewczyny z rodziny „otopatycznej" u której w następstwie leczenia przetworami tarczycy ustał perjod na przeciąg 18-tu mies., a równocześnie zjawiła się szybko postępująca głuchota błędnikowa. — La surdité de Beethoven - diagnostic etiologique retrospectif, przedstawił *G. Canuyt* (Strassburg). Na podstawie zebranych dokumentów historycznych i listów *Beethovena* autor stara się przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe przyczyn głuchoty mistrza tonów i przychodzi do przekonania, że podstawą jej była neurolabyrinthitis specifica na tle dziedzicznej kiły. Sposób interpretowania dokumentów historycznych i protokołu sekcyjnego jest zbyt mało pogłębiony by dozwalał na wyciągnięcie tak daleko idącego wniosku. O zwiększonem ciśnieniu wewnątrzczaszkowem i zachowaniu się nerwu VIII-go przy guzach mózgu mówił Dr. *Bors* (Bukareszt). Nerw słuchowy zachowuje swoją odporność przy zwiększonem ciśnieniu wewnątrzczaszkowem znacznie dłużej aniżeli nerw oczny. W początkach nagłego zwiększenia się ciśnienia wewnątrzczaszkowego przeważa nadmierna pobudliwość błędnika na próbę cieplną, obrotową i galwaniczną.

W przypadku długotrwającego nadciśnienia wewnątrzczaszkowego przeważają objawy znacznie zmniejszonej pobudliwości, która może dojść nawet do zupełnej niepobudliwości na próby błędnikowe. Gałązka ślimakowa jest zawsze bardziej oporna. O ile w początkach można wykazać pewną nadwrażliwość słuchową, to w dalszych okresach przechodzi ona zwolna w otępienie słuchowe. W tym względzie różni się

wyraźnie nerw słuchowy od ocznego, który wykazuje już w samym początku szybko postępujący zanik wzroku. Następnie Dr. *Guns* (z Luvain) streścił swoje spostrzeżenia w sprawie głuchoty nerwowej, którą to postać należy badać klinicznie na podstawie całego kompletu stroików a nie tylko poszczególnych (mały komplet). Autor podkreśla ważność zapodań osobistych chorego w kierunku obciążenia dziedzicznego. O słuchu u epileptyków referował prof. *M Silvagni* (Rzym). Najczęściej spotykanem zaburzeniem słuchu u epileptyków było zmniejszenie skali słuchowej na tony średnie i wysokie wskutek uszkodzenia narządu odbiorczego ucha. Stopień tego zmniejszenia nie stoi w związku z czasem trwania choroby, częstością napadów ani też z innemi objawami nerwowemi.

O zaburzeniach w histerji mówił *H. Bourgehois* (Paryż). Głuchotę nerwową histeryczną spotykano często w ostatniej wojnie wśród rannych w następstwie przemęczenia, zranień pociskami oraz silnego wstrząsu nerwowego po detonacjach i przysypaniu granatem. O ile początkowo sprawa rozpoznawania i leczenia tej głuchoty była dość trudna, to stworzenie specjalnych ośrodków dla dotkniętych głuchotą nerwowohisteryczną położyło wreszcie kres tej „epidemji wojennej" i polepszyło statystykę wyników leczenia, tego cierpienia. W warunkach zwykłych głuchota histeryczna jest cierpieniem wyjątkowem i uleczalnem. Rozwija się ona na tle histerji ogólnej wzgl. urazów słuchowych i ucha. Przy badaniu można wykazać pola anestyczne na skórze w sąsiedztwie małżowiny usznej, na błonie bębenkowej oraz na śluzówce gardła. Najczęściej spotyka się głuchotę całkowitą jedno lub dwustronną, przyczem nieraz towarzyszy jej niemota. W odróżnieniu od zmian organicznych w narządzie słuchowym odruchy ślimakowe są utrzymane, mimoto wyniki prób słuchowych są dość zmienne i niestale, tak że chory może być uważany początkowo za symulanta. Wpływ leczniczy sugestji jest również ważnym czynnikiem w rozpoznaniu.

Wpływy bezpośrednie i dalsze wstrząsu błędnikowego na słuch przedstawił *F. Chavonne* (z Lyonu): Autor odróżnia wstrząs błędnikowy pierwotny względnie następowy po urazie w czaszkę. W pierwszym mamy uszkodzenie jednostronne błędnika o ciężkich następstwach w postaci głuchoty nieuleczalnej. U człowieka wstrząs błędnikowy ogranicza się często do zahamowania nerwowego, które może dawać przejściowy niedosłuch znacznego stopnia. W innych natomiast mamy prócz tego jeszcze pęknięcie błony bębenkowej z otworem pojedyńczym (suchym) w błonie, względnie

powikłanem ropnem zapaleniem ucha środkowego, które daje się często wyleczyć bez żadnych powikłań. Wstrząs błędnikowy bez urazu bezpośredniego w czaszkę łączy się rzadziej z głuchotą całkowitą, zachowując często dostateczną ostrość słuchową dla porozumiewania się z otoczeniem, a tylko w niektórych wypadkach wykres ostrości słuchu przypomina głuchotę starczą. *André Bloch* na podstawie spostrzeżeń własnych przeciwwstawia głuchotę w następstwie często powtarzających się małych wstrząsów błędnikowych u artylerzystów z tą formą, jaka powstaje po silnych detonacjach. W dalszym ciągu *M. Bouchet* zwraca uwagę na to że wstrząs błędnikowy może dawać obok upośledzenia słuchu także mniej lub więcej wyraźne zawroty głowy (podrażnienie błędnika tylnego). Przy badaniu słuchu można wykazać w tych wypadkach wyraźne obniżenie górnej granicy z równoczesnem podwyższeniem granicy dolnej jako wyraz scieśnienia pola słuchowego. W przypadkach lżejszych zaburzenia te mijają po pewnym czasie. W niektórych atoli razach pozostaje głuchota o typie mięszanym. *Costiniu* i *Ludmer* (Bukareszt), a dalej *V. Tempea* przedstawili w swoich referatach zaburzenia słuchu przy chorobach zakaźnych i zatruciach chininą, nikotyną, alkoholem, zebranych na podstawie kazuistyki własnej W drugim dniu odbył się w klinice prof. *Lemaitra* (hop. *Lariboisier*) pokaz operacyjny wycięcia całkowitego krtani bez plastyki tchawicy, wykonany przez samego profesora.

Operację poprzedził wykład z pokazem chorych po wycięciach krtani, szczęki górnej i dolnej z powodu nowotworów złośliwych. Odnośne preparaty anatomopatologiczne i histologiczne objaśniał adjunkt kliniki Dr. *Ardoin*. Pozatem Doc. *Halphen* przedstawił przypadki ozeny leczone bakterjofagami z dobrym wynikiem, a asystent Dr. *Aubin* urządził ciekawy pokaz broncho-esophagoskopji. Popołudniu dalszy ciąg obrad w sali posiedzeń Ecole de médécine rozpoczął się referatem prof. *Fairena* (Saragossa) p. t.: Manifestations amygdaliennes dans la série hématique blanche, w kt. autor omówił kolejno obrazy drobnowidowe migdałków podniebiennych w poszczególnych schorzeniach krwi j. to anemji pojedyńczej i złośliwej, różnych postaciach białaczki, zwracając uwagę na wygląd oraz zachowanie się grudek chłonnych i ich elementów składowych. Wykład był ilustrowany licznemi mikrofotografiami.

Następnie autor sprawozdania przedstawił wyniki swoich badań zebranych na materjale kliniki Otolaryngol. U. P. pt. „Etude histologique du tissu conjonctif et des vaisseaux de l'amygdale palatine dans les diverses formes d'inflammations chroniques. Jako trzeci mówił

Dr. *Cambrelin* (Bruksela) na temat: La participation de l'amygdale á l'élaboration de la série hématique blanche. Migdałek podniebienny spełnia rolę krwiotwórczą, wytwarzając w pierwszym rzędzie ciałka białe krwi w ośrodkach rozmnażania. Z drugiej znów strony przez zniszczenie większej ilości tych ciałek na miejscu uwalniają się niweczniki, odgrywające wielką rolę w obronie ustroju przeciwko- zakażeniu. Wytworzenie większej ilości ciałek białych obojętnochłonnych we wspomnianych ośrodkach pomnaża znaczną ilość fagocytów w ustroju, a równocześnie pobudza czynność także innych narządów krwiotwórczych. Zwiększenie się ciałek białych obojętnochłonnych we krwi zmienia formułę leukocytową krwi dziecka na taką, jaką spotyka się u osobników dorosłych. O 3-ch przypadkach białaczki, których punktem wyjścia były migdałki podniebienne referował *M. Bremond* (Marsylja). Chodziło u tych zazwyczaj o stany rozrostowe migdałków podniebiennych z odczynem zapalnym mniej lub więcej wyraźnym, które niekiedy robiły wrażenie rozpoczynającej się flegmony okołomigdałkowej z licznemi wybroczynami na powierzchni, to znów guza wrzekomego na tle schorzenia układu lymfoblastycznego. Postawienie właściwego rozpoznania jest możliwe dopiero po zbadaniu drobnowidowem wycinka i krwi. Leczenie jest niezmiernie uciążliwe to też wszystkie 3 przypadki, leczone przez autora, skończyły się śmiertelnie. Jako uzupełnienie tego komunikatu przytoczył Doc. *Rebattu* z Lyonu dwa przypadki nieprawidłowego przebiegu anginy agranulocytowej, w których migdałki przedstawiały powierzchnię, pokrytą licznemi owrzodzeniami i obumarłemi częściami śluzówki, krew zaś wykazywała zmniejszenie ilości granulocytów obojętnochłonnych. Przypadek pierwszy cechowała niedomoga czynnościowa szpiku kostnego w odniesieniu do ilości ciałek białych i erytrocytów. Leczenie miejscowe i ogólne doprowadziło do wyleczenia W drugim natomiast obraz krwi wykazał znaczne zwiększenie granulocytów obojętnochłonnych o jądrach wielokształtnych i źle się barwiących, co wskazywało na przebycie jakiejś infekcji, która następowo uszkodziła szpik kostny. Następstwem tego było wyraźne zmniejszenie się ilości granulocytów obojętnochłonnych. Stąd wniosek, że w agranulocytozie może szpik kostny ulec pierwotnie schorzeniu przez infekcję, którą organizm przechodzi względnie równorzędnie ze zmianami nekrotycznemi na migdałkach. W dyskusji podnosi *Worms*, że udało mu się otrzymać w 2-ch przypadkach mięsaka szyi i jednym przypadku białaczki po wyssaniu migdałków wyraźną zmianę formuły leukocytowej ze zwiększeniem się znacznem ilości limfocytów we krwi, co świadczy o pewnym związku z gruczołami chłonnemi szyi.

Lemaitre podkreśla znaczenie powyższych spostrzeżeń co do agranulocytozy samoistnej w odróżnieniu od toksycznej po zatruciach As, w których ciałka białe i czerwone ulegają zmianie w jednakowym stopniu. Jednym z bardzo ciekawych dalszych punktów programu był wykład prof. *Calicetiego* (Bolonnia) La bronchoscopie comme methode thérapeutique. Tracheo - bronchoskopia jest drogą bardzo pewną dla wprowadzania środków płynnych oleistych wzgl. koloidalnych w celach leczniczych, gdzie środki te ulegają z łatwością wchłanianiu przez miąższ płucny bez jakichkolwiek szkodliwych objawów ubocznych. Najlepsze wyniki otrzymywał autor we wszystkich postaciach ropienia płuc i oskrzeli. W gruźlicy płuc została wykonana wielka ilość doświadczeń. Szczepionki *Besredki* przy użyciu antigenów gruźliczych wywoływały znaczną ilość antytoxyn, stwarzając tem samem odporność nietylko miejscową samej tkanki płucnej na jad gruźliczy, lecz w znacznej mierze także i ogólną. Zdaniem autora drogą to można uzyskać uodpornienie ustroju w przebiegu chorób zakaźnych, jak dyfterja, tyfus i t. p.

W uzupełnieniu tego wykładu przedstawił Dr. *Soulas* (Paryż) zasady techniki śródoskrzelowego leczenia spraw ropnych w płucach. Wprowadzenie płynów kontrastowych i leczniczych do oskrzeli I-o, II-go i III-ciorzędnych, jak również aspirację treści patologicznej z ich wnętrza wykonuje autor sposobem własnym pod kontrolą rentgena. Sposób ten nie przedstawia zresztą większych trudności technicznych i daje się względnie łatwo zastosować. Terapja endobronchialna znajduje szerokie zastosowanie w ropniach płucnych i to nietylko pod postacią aspiracji ropy, lecz także systematycznych przepłókiwań roztworami antyseptycznemi. Wreszcie wstrzykiwania płynów leczniczych, szczepionek, antigenów i t.p. zgłębnikiem, wprowadzonym do wnętrza ropnia przez bronchoskop należą niewątpliwie do wielkich zdobyczy techniki endoskopowej. Autor przedstawił rentgenogramy całego szeregu ropni płucnych i opłucnowych, komunikujących ze światłem oskrzela, a następnie rozstrzeni oskrzelowych, uwidocznionych w najdrobniejszych szczegółach płynem kontrastowym.

Niezmiernie ciekawy był film przedstawiający technikę zgłębnikowania, aspirację oraz przemywanie ropni płucnych do których przy pomocy specjalnej sondy wprowadzał płyn leczniczy (surowicę przeciwpaciorkowcową).

W dalszym ciągu dyskusji *Mounier-Kuhn* z Lyonu podkreśla fakt, że od chwili zastosowania lipjodografji nasze wiadomości o zmianach chorobowych ścian oskrzeli i ich stosunku do otaczającej tkanki

płucnej postąpiły znacznie naprzód, dając nietylko w przypadkach typowych, lecz i mniej typowych bardzo wyraźne obrazy retngenowskie.— *Acosta* (Madryt) przedstawił przyrząd własnego pomysłu, który wprowadzony do tchawicy może być dowolnie skierowywany raz do prawego to znów do lewego oskrzela w celu wprowadzenia płynu kontrastowego. W końcu *M. Proby* z Lyonu omówił sposób wprowadzania lipjodolu do oskrzeli drogą przez nos podany p. *Hicqueta* i *Henneberta.* Na całej serji zdjęć można było śledzić drogę przechodzenia płynu kontrastowego od tchawicy poprzez oskrzela aż do najdrobniejszych ich rozgałęzień. Brak zaś zdolności kurczenia się ścian oskrzeli objawiał się na kliszy przerwaniem konturów drzewa oskrzelowego w odpowiedniem miejscu. Wiele jeszcze innych zapowiedzianych komunikatów jak *G. Andreolego* o wchłanianiu w drzewie tchawiczo-oskrzelowem *Y. Arslana* z Padwy, *A.G. Tapji* z Madrytu, *A Piazza-Missorici* z Messyny, *Metzianu* i *Popi* z Bukaresztu nie odbyło się z powodu nie przybycia referentów. W godzinach przedpołudniowych w 3-cim dniu kongresu odbył się pokaz operacyjny na oddziele *A. Hautanta* (hop. Tenon) wycięcia połowiczego krtani (*Hautant* asyst. *Ombredane*) z powodu nowotworu prawej struny głos. z przejściem na najbliższe otoczenie. Następnie *J. Ramadier* omówił tamże technikę zabiegów operacyjnych na wierzchołku piramidy oraz trepanację kanału tętnicy szyjnej sposobem własnym. Dr. *Aubry* wykonał trepanację błędnika sposobem *Neumana* a *Moulonguet* urządził pokaz bardzo interesujących przypadków gastroskopji. Po południu tegoż dnia zwiedzono nowo urządzony instytut radowy im. Curie przy rue d'Ulm 26. Wreszcie w ostatnim dniu zjazdu rano były pokazy operacyjne na oddziele Otolaryngologicznym Dr. *H. Bourgeoisa* (hop. Laénnec) z nastp. programem: *Rafael Tapia* z asystentem Dr. *Acosta* (Madryt) i Dra *Lemonie* wykonał wycięcie krtani sposobem *Tapia* sen. u mężczyzny 56-letn. z powodu ca planoépitheliale, obejmującego całą prawą połowę krtani z przejściem na stronę przeciwną. *Baldenweck* przedstawił sposób podśluzowego wszczepiania chrząstki przy ozenie. *Soulas* urządził pokaz bronchoskopji i lipjodografji oskrzeli. Dr. *R Leroux* i Dr. *Huet* przypadek plastyki nosa, a sam szef oddziału własny sposób leczenia djatermją ucha i jam bocznych nosa oraz cały szereg zabiegów elektrokoagulacyjnych. Jako punkt nadprogramowy następnego dnia rano odbył się w klinice prof. *Lemaitra* pokaz prof. *Tullio* z Messyny doświadczeń nad wpływem poszczególnych tonów, doprowadzonych do ucha u gołębi na błędnik, w którym poprzednio zrobiono przetokę w jednym z kanałów półkolistych. Nadto tenże sam referent wspólnie

z asystentem *S. Canova* wykonali doświadczenia porównawcze nad drażnieniem bezpośredniem elektrycznem i cieplnem błędnika u gołębi, świnek morskich i królików po odpreparowaniu ucha wewnętrznego

Co się tyczy strony towarzyskiej zjazdu podkreślić należy wielką gościnność i serdeczność, z jaką komitet i two Otolaryngol. paryskie podejmowało uczestników zjazdu. W dniu otwarcia zjazdu odbył się przedwieczorek o g. 5-tej i pół w ratuszu miejskim (hotel de Ville) wydany przez radę miejską z wiceprezydentem D-rem *Lobligeoisem* (radjologiem szpitalnym) na czele, poczem goście zwiedzili wspaniałe apartamenta ratusza i dzieła sztuki w nich zgromadzone. Tegoż dnia wieczorem urządził prezes zjazdu Dr. *Bourgeois* wspaniały bankiet w najwytworniejszym hotelu paryskim „George V“ (dzielnica Etoile) na przeszło 260 osób. Przy stole prezydjalnym siedział również minister Goddard, po którego wspaniałej mowie każdy z delegatów Towarzystw Otolar. wygłaszał przemówienie z toastem na cześć ministra i komitetu, poczem przy dźwiękach orkiestry salonowej rozpoczął się dancing. Podobnie wystawny bankiet urządzili koledzy francuscy następnego dnia wieczorem w Bois de Boulogne (dzielnica Neuilly) Tu w restauracji Chateau de Madrid, położonej uroczo nad jeziorem wśród lasów szpilkowych przy pięknej pogodzie ustawiono stoły na wolnem powietrzu. Niezwykłego uroku dodawało oświetlenie lampionami i reflektorami całego ogrodu i restauracji. W ostatnim dniu zjazdu odbyło się uroczyste posiedzenie T-wa Otolaryngol. paryskiego na oddziele Otolaryngol. Dr. *LeMée* a w szpitalu dziecięcym (przy rue de Sevres) pod przewodnictwem prof. *G. Wormsa*, gdzie wygłoszono szereg krótkich referatów i pokazów (Próby, Vasilio: Roy, Borst, Ramadier, Worms, Reverchon i Jacques). Następnie rozpoczęła się ciekawa dyskusja nad komunikatem D-ra *Ramadiera*, Empyema clos de pointe du rocher i *Wormsa*: Traitement du cancer de l'oesophage par radium.

O godzinie 2-giej podejmowało T-wo Otolaryn. paryskie członków zjazdu sniadaniem w restauracji Ledoyen przy Champs Elysées, poczem odbyła się wspólna wycieczka autokarami do uroczej miejscowości Chantilly odległej o 45 km. Tamże, oprowadzani przez samego konserwatora, zwiedzili uczestnicy zamek, który mieści w sobie wspaniałe muzeum sztuk pięknych, galerję obrazów i rzeźb jak również zbrojownię i bibljotekę z czasów *Condeusza* Wielkiego i ks. *Henryka II*go *Burbońskiego* (ok. r. 1640). W drodze powrotnej zatrzymano się na 2 godziny w miejscu kąpielowem Enghien les Bains, gdzie w kasynie miejskiem, położonem uroczo nad brzegiem jeziora odbyło się przy-

jęcie przez radę miejską a po zwiedzeniu wspaniałych urządzeń sanitarnych tych cieplic siarczano-wapiennych prezes *H. Bourgeois* dokonał zamknięcia zjazdu. W gorących słowach zwrócił się do uczestników zjazdu, dziękując za tak liczny udział, w przemówieniu swem raz jeszcze podkreślił: „Notre Union (latine) est bien vivante, ardente au travail conservatrice de nos tradicions et de nos amitiés. Comme leurs anciens, comme moi, mes chers Amis latins les jeunes s'empressent de Vous accueillir et de Vous dire que Vous avez toujours chez nous Votre seconde Patrie"...

Strzeszczenia.

Dr. MAŁECKI. Krwawienie z uszu pochodzenia psychoneurotycznego. Nowiny Lekarskie 22—34.

Autor podaje przypadek 21-letniej robotnicy, u której na drugi dzień po operacji skrzywienia przegrody, co bardzo silnie wstrząsnęło psychiką chorej, wystąpiło krwawienie z ucha lewego, a po 2-ch dniach i z prawego. Z ucha lewego krwawiło z małemi przerwami przez cały dzień, po 3 tygodniach paracenteza. Krwawienie nie ustawało pomimo stosowania środków przeciwkrwotocznych. Po pewnym czasie nagła gorączka, bóle w uchu i w wyrostku sutkowym;—antrotomja wykazała przekrwienie okostnej i komórek peryantralnych. Gojenie bardzo szybkie, przyczem krwawienie czasowo ustało. Po ponownem wzruszeniu, spowodowanem śmiercią matki, nawrót krwawienia z obu uszu. Badanie ogólne zmian nie wykryło, natomiast badanie neurologiczne wykazało zwiększenie odruchów rogowkowego i gardłowego, głęboką anestezję lewego przedramienia. W przewodzie lewego ucha krew, część przewodu w okolicy bł. bębenkowej przekrwiona, błony mętne i zgrubiałe, w okolicy membr. Schrapneli sączy się krew. Obniżenie słuchu dla wysokich i niskich tonów. W ob. niewyraźny Schwabach skrócony—objawy typowe dla nerwicy ucha.— Leczenie sugestją dało wynik dodatni. (Czy na długo niewiadomo, bo chora na drugi dzień po ustaniu krwawienia opuściła Klinikę.) Przyp. Refer. *J. Szmurło.*

P. ZAWISKA o uszkodzeniach narządu słuchowego w zatruciach mięsnych. (Uber Schädigungen des Gehörorgans bei Fleischvergiftungen Monatschr. Ohrhk. 1934 11 zesz.

Autor podaje opis 8-mu przypadków uszkodzenia narządu nerwowego, spowodowanego zatruciem jadem mięsnym. We wszystkich przypadkach były objawy ze strony n. przedsionkowego, w pięciu zaś również i ze strony n. ślimakowego. W kilka godzin, a niekiedy nawet w kilka dni po zjedzeniu zepsutego mięsa występują napady zawrotu głowy, przyczem chorzy odczuwają kręcenie się otaczających przedmiotów, wymioty, osłabienie słuchu i szmery w uszach, oprócz

tego niekiedy występuje dwojenie przedmiotów, światłowstręt, rozszerzenie źrenic, drżenie i słabość kończyn. Badanie przedmiotowe wykazuje samoistny oczopląs 2-go lub 3-go stopnia. Objaw *Romberga* dodatni, osłabienie odczynu obrotowego i cieplnego. W przypadkach zajęcia n. ślimakowego występuje osłabienie słuchu.

Obok cierpienia n. usznego niekiedy zdarza się cierpienie innych nerwów (nerwu okoruchowego, nerwów tułowia i kończyn), co pozwala ustalić, że chodzi tu nie o schorzenie samego błędnika, a pozabłędnikowe. Przemawia zatem również udział w cierpieniu pojedyńczych gałęzi n. słuchowego. Leczenie polegało na zastrzykiwaniu proteinowych preparatów Cibalbaminy i Iatrenkazeiny oraz dożylnie Polyranu. Jestto koloidalny wodorotlenek magnesowy, który wg Pr. *Beck* działa dzięki swej koloidaln. jak preparat proteinowy. We wszystkich przypadkach nastąpiło wyleczenie, przytem naprzód ustępowały objawy słuchowe, a potem dopiero przedsionkowe.

J. Szmurło.

KOPETZKI. Rozpoznanie różniczkowe w zapaleniu błędnika. (Annals of otołogy Vol. 43 N 3).

Po dokładnem omówieniu objawów perilabyrinthitis, labyrinthitis serosa otogena, labyrinthitis serosa hematogena, przetoki błędnika, labyrinthitis purulenta, ropnia móżdżku i zapalenia opon mózgowych autor podaje szczegółową, bardzo dobrze pomyślaną tablicę, znacznie ułatwiającą różniczkowe rozpoznanie wspomnianych wyżej chorób.

B. Dylewski.

I. KRÖHNKE i F. KUHLMANN: Przyczynek do rentgenologicznego rozpoznawania schorzeń kości skalistej. (Beiträge zur Röntgendiagnose der Felsenbeinerkrankungen. Zeitschr. f. Hals — Nas. u. Ohrenheilk. 35 Bd. 5 H. 1934).

Autorzy po krótkim rysie historycznym podają wyniki swych badań zmodyfikowaną przez nich metodą Stenversa, dokonywując zdjęć w pozycji siedzącej pacjenta. W jednym przypadku zespołu Gradenigo rozpoznano rentgenologicznie ropień zewnątrzoponowy (wyjaśnienie obramowane zgęszczonemi brzegami) z zajęciem szczytu kości skalistej, potwierdzony podczas zabiegu operacyjnege. W drugim przypadku z podejrzeniem na chorobę Schüller-Christiana dokonane zdjęcie stwierdziło olbrzymie zniszczenie kości. W trzecim przypadku rozpoznano chorobę Pageta na podstawie zmian w przebiegu osi kości skalistych oraz falistych konturów brzegów tej kości—objawy uwarunkowane uciskiem na podstawę czaszki przez impresję wielkiego otworu potylicznego; należy przytem unikać błędnego interpretowania obrazu jako osteoporozy kości skalistej w wypadku tych zmian w kości sklepienia czaszki, mogących projektować na kość skalistą. *B. Tołczyński.*

NEWHART, VAN WINKEL. COHEN. Wyłuszczenie migdałków u chorych na gruźlicę. (Annals of otology Vol. 43 n 3).

Na podstawie obserwacji 324 przypadków wyłuszczenia migdałków podniebiennych u chorych na gruźlicę autorzy dochodzą do

wniosku, że ogólna gruźlica nie jest przeciwwskazaniem do usuwania migdałków. Ogólne wskazania do wyłuszczenia migdałków zachowują swą wartość też i u chorych na gruźlicę. Nie należy tylko operować chorych bardzo wyniszczonych. Autorzy nie stwierdzili pogorszenia lub uogólnienia istniejącego procesu gruźliczego po usunięciu migdałków. *B. Dylewski.*

Prof. Dr. JÓZEF BECK. Przyczynek do leczenia złotem gruźlicy krtani. (Zur Goldbehandlung der Kehlkopftuberculose). Zeitschr. f. Hals-Nas. u. Ohrenheilk. 35 B. 3 H.

Autor podaje przegląd historyczny stosowania preparatów złota w schorzeniach gruźliczych. Badania szły w kierunku wynalezienia preparatu, któryby stosowany pozajelitowo nie drażnił i powolnie działał na organizm. Do leczenia autor użył preparatu t. zw. Solganol B. Jestto alifatyczny neutralny związek złota, jako Aurothioglucosa zawierająca 50% Au. stosuje się zwykle w zawiesinie oleistej. Autor leczył 16 przypadków gruźlicy płuc powikłanych gruźlicą krtani; stale kontrolowano stan krtani. Stosowano dawki 0.002 — 0.02 w przerwach 3—5 dniowych, a przy dawkach silniejszych co 8 — 10 dni. Leczenie stosowano w postaci zastrzyknięć śródmięsniowych. Autor, biorąc pod uwagę wpływ leczenia z jednej strony na płuca, a z drugiej, na krtań, zestawia następująco: 5 — przypadków w których nie otrzymano polepszenia ze strony płuc i krtani, 3—przypadki —gdzie otrzymano polepszenie stanu płuc i krtani, 4 — przypadki polepszenie stanu krtani i nieznaczne polepszenie stanu płuc.

W ostatnich 4-ch przypadkach zauważono polepszenie płuc, lecz wpływu na krtań nie stwierdzono. *J. Mazurek.*

K. BECK. O leczeniu chirurgicznem t. zw. diafragmy krtani. (Uber eine operative Behandlung des sogenanten Diaphragma Kehlkoptes). (Zeitschr f. Hals-Nas. Ohrenheilk. 35 B. 3 H.)

Wobec różnie leczonych niewdzięcznych przypadków t.zw. przepon krtaniowych, autor przytacza leczony przez siebie przypadek 16 letniej dziewczyny operowanej w 1921 r. z powodu duszności w Klinice w Heidelbergu, gdzie usunięto przeponę, tak że głośnia była wolna. Operacja pogorszyła głos, a po pewnym czasie duszność wystąpiła powtórnie. W 1932 w innej Klinice operowano krtań zapomocą łyżeczek i rozsuwano sondami, lecz wyników dodatnich nie osiągnięto. W 1933 pacjentka zgłosiła się do Kliniki ze znaczną dusznością; podczas badania przepona zakrywała głośnię, tylko $^1/_3$ tylna część była wolną, stridor, aphonia

W znieczuleniu miejscowem, z cięcia kosmetycznego autor dokonał typowego rozszczepienia krtani, na ostro usunął przeponę całkowicie, a następnie założył rurę gumową do tchawicy i krtani, aż do strun fałszywych. Po 3-ch tygodniach usunął rurę, odświeżył brzegi i założył szew druciany. Po 11-tu miesiącach badanie wykazało głośnię wolną, brak duszności, głos poprawił się, w przedniem spoidle blizny.

Autor podnosi powyższe zastosowanie rury gumowej, która w ciągu 3-ch tygodni pozostawała w krtani i tchawicy, co wpłynęło na zagojenie się krtani, rurę usunięto przez otwór w tchawicy, poczem nastąpiło wygojenie. *J. Mazurek.*

MILLER. O usuwaniu ciał obcych z przełyku i tchawicy. (Laryngoscepe Vol XLIV N 4.

Po opisaniu własnych przypadków usuwania ciał obcych z przełyku i tchawicy, autor zwraca szczególną uwagę na okoliczność, że założona rura bronchoskopowa wzmaga wydzielanie śliny, uniemożliwiając jednocześnie jej połykanie. Nagromadzona w rurze ślina utrudnia badanie i zalewa płuca, powodując zachłystowe zapalenie płuc. Autor wykonywa broncho i oesophagoskopję w pozycji Trendelenburga ze zwieszoną głową chorego ku dołowi, co ułatwia wypływanie śliny nazewnątrz i uniemożliwia nagłe przejście ciała obcego wgłąb. *B. Dylewski.*

LEUKENS. Przetoka przełykowo - tchawicza pochodzenia kiłowego. (Laryngoscope Vol XLIV N 4).

Opis przypadku. Autor ustala umiejscowienie przetoki na podstawie obserwacji połykania przez chorego płynów w różnych położeniach ciała. Obserwowany chory mógł swobodnie połykać płyny, bez zalewania się ich do tchawicy tylko w pozycji nawznak. *B. Dylewski.*

TURNLEY. Samoistna dekompresja guza mózgu w okolicy przysadki. (Laryngoscope Vol. XLIV N 4.

Chora z rozpoznanym guzem mózgu cierpiała na silne bóle głowy i ślepotę prawego oka. Zewnętrzna dekompresja mózgu dała tylko krótkotrwałą poprawę ogólnych objawów. Po nagłym, obfitym krwotoku z nosa chora poczuła natychmiastową ulgę. Badanie nosa stwierdziło otwór, wiodący do jamy czaszkowej w okolicy prawej zatoki klinowej. Przez ten otwór usunięto masy nowotworowe i następnie przez 6 miesięcy okresowo oczyszczano wytworzoną jamę, co powodowało natychmiastowe usunięcie bólów głowy. Przypadek zakończył się nagłem zejściem śmiertelnem. *B. Dylewski.*

Dr. OPPIKOFER jr. Zapalenienie szpiku kostnego 2 i 3 kręgu szyjnego po adenotomji. (Osteomyelitis des 2 und 3 Halswirblr nach Adenotomie. (Zeitschr. f. Hals.Nas. u. Ohrenheikund 35 B. 3 H.

Autor podaje opis przypadku, w którym po wycięciu wyrośli adenoidalnych u 4-letniego dziecka wystąpiło zapalenie szpiku kostnego 2 i 3-go kręgu szyjnego. Djagnoza została potwierdzona przez badanie radjologiczne. Cierpienie to, skończyło się pomyślnie po wydzieleniu się części uległych martwicy. Autor przytacza podobny przypadek Buchsera, podkreślając jednocześnie występowanie sztywności karku wraz z objawem torticollis. *J. Mazurek.*

Posiedzenie naukowe Sekcji Warszawskiej Polsk. T-wa Oto-laryngologicznego

z dnia 26.I 1933 r.

Przewodniczący *J. Czarnecki*. Sekretarz *J. Tencer*.

Karbowski — Przypadek raka krtani o przebiegu nietypowym.

Chory lat 36, pochodził ze zdrowej rodziny, zakażenie kiłą negował, nie nadużywał alkoholu. Zachorował nagle przed 4 laty na gardło. Cierpienie rozpoczęło się od chrypki, która nie ustępowała. Pomimo dokładnego badania klinicznego, nie udało się ustalić rozpoznania. Przypuszczano toczeń krtani. Przed rokiem stwierdzało się brak nagłośni i sprawę zapalną o typie naciekowo-wrzodziejącym całego obwodu krtani i wnętrza krtani. Głośnia była do tego stopnia zwężona, że tego samego dnia została wykonana tracheotomja. Zbadanie wycinka było utrudnione z powodu zupełnego zaniku obwodu krtani. Poprzednie badanie histologiczne wykazało przewlekłą sprawę zapalną. Leczenie rentgenem i przeciwkiłowe nie dało wyniku. Zaburzenia połykowe, trwające przez kilka miesięcy, doprowadziły do wyniszczenia i w następstwie do zejścia śmiertelnego. Na sekcji stwierdzono brak nagłośni, więzadeł nalewkowo-nagłośniowych i nalewek. Struny prawdziwe, rzekome przedstawiały jedną wrzodziejącą powierzchnię. Chrząstka tarczykowa częściowo zniszczona, gruczoły szyjne wzdłuż żył jarzmowych powiększone. W miękkich częściach szyi nie stwierdzono nacieczeń, w płucach objawy zapalenia zachłystowego. Obraz anatomo-patologiczny makroskopowy był o tyle nietypowy, że trudno było postawić jakiekolwiekbądź rozpoznanie. Dopiero badanie pod drobnowidem wykryło, że mamy doczynienia z rakiem krtani o nietypowym przebiegu klinicznym. Zastanawia w tym przypadku brak zmian w miękkich częściach szyi i w gruczołach, pomimo 4 letniego trwania i pomimo tak daleko posuniętych zmian w krtani. W przypadku tym było stosowane b. energiczne leczenie promieniami i temu należy przypisać brak zmian w gruczołach i w miękkich częściach szyi oraz tak daleko posunięte zmiany martwicze w szkielecie i w miękkich częściach krtani. Leczenie energją promienistą zapobiegło powstaniu przerzutów i doprowadziło do martwicy tych części krtani, w których usadowiły się zmiany rakowate.

D y s k u s j a : *Lubliner* uważa, że rozpoznanie raka nie jest tu bezwzględnie pewne. Należałoby dokonać wycinków z kilku miejsc krtani i badać je pod względem histopatologicznym. Może w tym przypadku chodzić i o toczeń krtani.

Weinter zna przypadek ten z czasów pobytu chorego na klinice. Robiono tam 3-krotnie badania histopatologiczne wycinków. Każdorazowo odpowiedź brzmiała przewlekła sprawa zapalna. Przeciw rozpoznaniu raka przemawia tu młody wiek chorego i brak gruczołów powiększonych na szyi.

Srebrny jest zdania, że w przypadku tym mógł się rozwinąć rak na tle innej sprawy, jak gruźlica lub kiła. Należy w wycinkach z przeparatu szukać zmian swoistych w naczyniach krwionośnych.

Karbowski w odpowiedzi zaznacza, że brak powiększonych gruczołów może się tłumaczyć działaniem rentgena, którym chory był naświetlany; zgadza się z tem, że mogła w tym przypadku być kiła, a na jej podłożu powstał rak.

L. Zamenhof wygłosił odczyt p. t. *„W sprawie patogenezy głuchoniemoty wogóle i u Żydów w szczególności"*.

Ref., opierając się na materjale obcym i własnym dotyczącym głuchoniemoty u Żydów, dochodzi do następujących wniosków:

1. głuchoniemota jak dotychczas, stwierdzona została najczęściej wśród ludności Żydowskiej, lecz nie jest ona bynajmniej następstwem jej predyspozycji konstytucjonalnej w tym kierunku.

2. Główne przyczyny, wpływające na przewagę głuchoniemoty wśród Żydów są następujące:

a) Częste pokrewieństwo między rodzicami, którego wpływ jednak nie należy pojmować homologicznie, lecz również heterologicznie, t. j. że głuchoniemota powstaje nietylko naskutek obarczenia rodziców tą samą chorobą, lecz również każdą inną mogącą ulec transformizmowi, przyczem głuchoniemota jest najczęstszą postacią tego heteromorfizmu obok znacznie rzadszych postaci, jak retinitis pigmentosa, zołzy, matołectwo i t. p.

b) wyjątkowo ciężkie warunki higjeniczne i materjalne, spotęgowane ciężkiemi przeżyciami moralnemi, których nie znają w równej mierze inne narody i wyznania,

c) zbyt wielka płodność u Żydów, powodująca wyczerpanie matek, skazanych na ciężką ciążę,

d) mniejsza umieralność wśród niemowląt żydowskich, dająca w następstwie większy odsetek inwalidztwa, zwłaszcza w kierunku słuchu, który łatwo ulega uszkodzeniu, a rzadko regeneruje się.

Wnioski powyższe nasuwają szereg dezyderatów, które pod względem eugenicznym są, zdaniem referenta, wagi pierwszorzędnej:

1. Należy wspierać jaknajenergiczniej akcję uświadamiającą wśród Żydów aż do zakazu jakąkolwiekbądź drogą zawierania małżeństw międzv krewnymi, jak to uczyniły inne wyznania. Zakaz ten dla Żydów ma tem większe uzasadnienie, że Żydzi ze względu na swe znacznie większe upośledzenie fizyczne dają więcej szans dziedziczenia różnych ułomności.

2. Starać się o uświadomienie mas, zwłaszcza wśród proletarjatu żydowskiego o szkodliwości licznego potomstwa wśród rodziców wyczerpanych fizycznie.

Posiedzenie z dnia 25.II 1933 r.

Przewodniczący — *J. Czarnecki*. Sekretarz — *J. Tencer*.

Karbowski — Pokaz chorego po przebytem zapaleniu okostny wyrostka sutkowego na tle grypowem. Chory ma 9 lat. Ogólne badanie wykazuje u niego objawy dystrophiae adiposo-genitalis. Przed 2 miesiącami w przebiegu grypy wystąpiły silne bóle ucha. Przy badaniu przed upływem pierwszej doby stwierdzono, przekrwienie i bolesność wyrostka sutkowego, w przewodzie słuchowym okrężne zwężenie z powodu ostrego zapalenia okostny. Błona bębenkowa prawie bez zmian z wyjątkiem bocznej ściany przestrzeni nadbębenkowej i błony Schrapnela, która to przestrzeń wykazała wybitne przekrwienie. Słuch—szept 5 m. W dalszym przebiegu wytworzył się ropień podokostnowy dość dużych rozmiarów. W końcu 2 tygodnia chory został zoperowany. Powierzchnia wyrostka nie wykazała zmian głębszych. Wyrostek o budowie śródkośćca nie zawierał ropnych ognisk ani martwaków. W jamie sutkowej b. skąpa śluzoworopna wydzielina. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Zawadowski i *Karbowski — Pokaz chorego leczonego naświetlaniami rentgena z powodu raka krtani.*

Chory ma 52 lata. Zachorował w końcu 1930 roku. Zaczęło się od chrypki. Po pewnym czasie pojawiły się gruczoły na szyi. W szpitalu Ś-go Ducha choremu zaproponowano operację. W końcu marca 1931 roku chory przybył do szpitala. Przemienienia Pańskiego z powodu silnej duszności. Przy badaniu stwierdzono nacieczenie nowotworowe całej prawej połowy krtani. Guz wielkości orzecha laskowego miał kształt kalafiorowaty i przerastał więzadło nagłośniowo-nalewkowe. Wobec wzmagającej się duszności dokonano tracheotomji. Następnie chory skierowany do leczenia rentgenem (Zawadowski). Po upływie $^{1}/_{2}$ roku laryngoskopowo stwierdzało się zbliznowacenie całej prawej $^{1}/_{2}$ krtani; struny głosowe zgrubiałe prawie nieruchome. Stan ten utrzymuje się od $1^{1}/_{2}$ roku. Rurka tchawicza została przed rokiem usunięta.

D y s k u s j a: *Zawadowski* omawia leczenie nowotworów złośliwych małemi dawkami rentgena. Napromienianie trwa przez cały szereg tygodni. Występują odczyny na skórze i na śluzówkach w postaci nalotów włóknikowych. Odczyny te są do pewnego stopnia pożądane. Naświetlania te mogą jednakże powodować nekrozy.

Sinołęcki uważa, że w omawianym przypadku nie można mówić o wyleczeniu, gdyż obserwacja trwa 2 lata. Cytuje przypadek nowotworu migdałka, gdzie rentgen dał narazie dobry efekt leczniczy, a po pewnym czasie nastąpiło zejście śmiertelne wskutek ogólnego wyniszczenia i rozsianych przerzutów.

Dworecki: przypadek promienicy szyi o niezwykłym przebiegu.

Chory lat 38, z zawodu koszykarz, zgłosił się przed 2-ma miesiącami, z objawami peritonsillitidis phlegmonosae linguae. W 10 dni po ustąpeniu objawów tego cierpienia dentysta usunął spróchniałe korzenie zębów $\overline{|\ 5, 6, 7}$. W 3 tygodnie potem wystąpiło twarde nacieczenie pod lewą szczęką i na szyi. Badanie bakterjologiczne punktatu wykazało promienicę. Rentgen klatki piersiowej — bez zmian. Rentgen wyrostka zębowatego lewej szczęki dolnej wykazuje rozrzedzenia u szczytów zębodołów usuniętych korzeni. Stan obecny: rozległe, nierówne z ogniskami rozmiękczenia nacieczenia lewej połowy szyi i pod podbródkiem, przetoczka w miejscu nakłucia i obrzęk lewego policzka. Powstaje pytanie, czy stan obecny należy łączyć ze sprawą w języku, przebytą 2 miesiące temu, czy zaś wrotami zakażenia były zębodoły po usunięciu korzeni zębów.

D y s k u s j a: *Zawadowski* chwali działanie rentgena w przypadkach promienicy. Z pośród 30 przypadków przez siebie leczonych, tylko w jednym przypadku nie było dobrego wyniku. Obok rentgena stosuje jod do wewnątrz. W demonstrowanym przypadku,ze względu na głębokie umiejscowienie sprawy chorobowej, leczenie rentgenem musi trwać przez $^{1}/_{2}$ roku.

Ceytlin widział kilka przypadków promienicy, wyleczonych zastrzykiwaniem płynu Dakina do nacieczeń.

Tencer pokazał chorą z rakiem tchawicy.

Chora lat 48 podaje, że od 4 miesięcy odczuwa duszność wysiłkową, ma chrypkę i kaszel. Od czasu do czasu odpluwa kawałki krwi. Nigdy chorób poważniejszych nie przechodziła, ma 3 dzieci, nie roniła. Laryngoskopowo stwierdza się podstrunowo po str. prawej duży twór soczysty żywoczerwony, wychodzący z bocznej i przedniej ściany tchawicy. Dokonano tracheoskopji. Przy dotknięciu krwawienie. Dokonano biopsji. Badanie nosa, gardła — norma. Klatka

piersiowa — oddech uciskowy w górnym odcinku praw. płuca, w większym stopniu w dolnym odcinku. Gruczoły chłonne na szyi nie macalne.

Badanie histopatologiczne: rak płaskokomórkowy o charakterze brodawczaka. Wasserman — ujemny. Mocz, krew morfologicznie — norma. Rentgen wykazał przerzuty w prawem płucu. Przypadek zostaje pokazany ze względu na rzadkość nowotworów tchawicy. Wobec obecności przerzutów leczenie będzie przeprowadzone promieniami rentgena.

Dyskusja: *Zawadowski* podkreśla, że w przypadku tym przerzuty do płuca powstały na drodze powietrznej, gdyż umiejscowiły się wyłącznie w prawem płucu.

Koenigstein radzi spróbować leczenia przeciwkiłowego.

Karbowski stwierdza, że zarówno charakter nowotworu jak i badanie kliniczne wyłącza tu istnienie kiły.

Karbowski przytoczył 3 historje chorób powikłanych spraw ropnych jam bocznych nosa.

Posiedzenie z dnia 30 marca 1933 r.

1) Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia.

2) Odbyła się dyskusja nad przypadkami, omawianemi na poprzedniem posiedzeniu przez Karbowskiego. Głos zabierali: Czarnecki, Koenigstein, Chorążycki, Weintal.

Posiedzenie naukowe P.T.O. z dnia 27.IV 1933 r.

Przewodniczący — *J. Czernecki*, Sekretarz — *J. Tencer*.

Weintal przedstawił przypadek oparzenia perkainą. Pacjentka, której dla dokonania tracheoskopji z powodu długotrwałego kaszlu bez wyjaśnionej przyczyny znieczulono śluzówkę gardła, krtani i tchawicy 10 cm. 2% perkainy z dodatkiem niewielkiej ilości adrenaliny, nazajutrz po zabiegu zaczęła uskarżać się na silny ból gardła, uniemożliwiający połykanie. przy badaniu okazało się, że śluzówka tylnej ściany gardła jest silnie przekrwiona, łuki podniebienne, zwłaszcza tylne, pokryte są szarym nalotem; podobny gruby nalot stwierdzono po prawej stronie podstawy języka i na językowej powierzchni nagłośni. Obecnie, w 5 dni po dokonanym zabiegu, nasilenie objawów, zarówno przedmiotowych, jak i podmiotowych, uległo zmniejszeniu, ból przy połykaniu jednak jeszcze trwa i widać resztki szarych nalotów na tylnych łukach podniebiennych.

Przypadek ten demonstrowany jest dlatego, że należy do względnej rzadkości. Weintal , mimo setki razy stosowanej perkainy, zarówno przez siebie, jak i przez wszystkich pracowników warszawskiej kliniki uniwersyteckiej od kilku lat, ani razu tego rodzaju następstw nie spostrzegał. W piśmiennictwie na tego rodzaju sporadyczne przypadki zwracają uwagę.

Dyskusja: *Koenigstein* niechętnie stosuje perkainę, woli kokainę. Przypuszcza, że w danym przypadku rura bronchoskopowa spowodowała ucisk i odleżyny.

Srebrny zwraca uwagę, że szkło alkaliczne może zmienić skład chemiczny perkainy, która wtedy działa trująco.

Karbowski miał obfite krwawienie w czasie tonsillektomji, wykonanej w znieczuleniu perkainą.

Jabłoński przypuszcza, że zmiany w demonstrowanym przypadku zostały spowodowane przez uraz.

Pieniążek podkreśla dodatnią stronę perkainy, gdyż znieczulenie tym środkiem działa b. długo.

Tencer zaznacza,że zmiany martwicowe na śluzówkach są spostrzegane po nadmiernem stosowaniu adrenaliny, jako dodatku do środka znieczulającego.

Chorążycki uważa, że mocne środki do płókania mogły wywołać zmiany które się stwierdza w danym przypadku.

Weintal odpowiada Srebrnemu: perkaina, użyta u pacjentki, przechowywana jest w ciemnem naczyniu ze szkła niealkalicznego; tej samej perkainy używano wielokrotnie u innych pacjentów bez żadnych następstw.

Koenigsteinowi i Jabłońskiemu: obrażeń śluzówki u pacjentki nie można uważać za następstwo urazu od rury tracheoskopowej, przeciwko temu przemawia bowiem zarówno umiejscowienie obrażeń (tylne łuki podniebienne), jak i fakt, że rurę wprowadzono odrazu bez oporu. Obecnie widać już tylko resztki nalotów, które przed 3-ma dniami były znacznie rozleglejsze.

Chorążyckiemu: pacjentka zaprzecza, by używała wogóle jakichkolwiek środków do płókania;

Pozostałym, którzy w większości uznawali perkainę za złą namiastkę kokainy: perkainy używa do wszystkich celów powierzchniowego znieczulenia z wyjątkiem zabiegów w nosie, a to z powodu zbyt silnego przekrwienia, jakie ona wywołuje; do zabiegów krtaniowych, a zwłaszcza endoskopji, uznaje ją za szczególnie wskazaną, gdyż znieczulenie jest długotrwałe i zupełne, a przekrwieniu można zapobiegać dużą ilością adrenaliny, co przy zabiegach w nosie niezawsze jest wygodne. Demonstrowany przypadek, należący zresztą do rzadkości, nie zmniejsza wartości perkainy, w zupełności zastępującej kokainę, a nawet pod niektóremi względami ją przewyższającej, ma jedynie za cel zwrócenie uwagi, że jednak pewna ostrożność przy jej stosowaniu jest zalecana i przypomnienie o ewentualnych niespodziewanych przykrościach po znieczuleniu.

Karbowski: *Przypadek obustronnej doszczętnej operacji ucha środkowego ze znaczną poprawą słuchu.* Chora od lat dziecinnych cierpiała na obustr. przewlekłe zapalenie ucha środkowego Otoskopja: brak błony, przedziurawienie brzeżne. wydzielina cuchnąca. Słuch: szept u małżowniy obustronnie. Formuła akumetryczna typowa dla schorzenia narządu doprowadzającego. Podczas operacji stwierdzono skostnienie wyrostka sutkowego, jamę sutkową b. małych rozmiarów, próchnicę w zachyłku oraz kosteczek. Po operacji słuch ucha pr. $1^1/_2$ m., lewego 2 m. dla szeptu. Poprawę należy tłumaczyć uruchomieniem strzemiączka, które przed zabiegiem operacyjnym było hamowane przez uwięznięty młoteczek i kowadełko. W zwężonym zachyłku obok procesu wstecznego był i proces wytwórczy.

Karbowski: *Przyczynek do kazuistyki przetok błędnikowych.* Chory lat 40 od 7 miesięcy cierpi na obustronną sprawę ropną ucha środkowego. Przed dwoma miesiącami wystąpiły nagle silne zawroty głowy i wymioty. Po kilku tygodniach— poprawa podmiotowa, chód niepewny, przy schylaniu się i przy obrotach chory doznawał zawrotów głowy. Badanie: po stronie prawej nacieczenie zapalne błony bęb. W przedniej części perforacja, słuch $^1/_2$ m. szeptu. Badanie lewego ucha: zwężenie kostnego przewodu, który wypełniony jest przez polip twardej konsystencji. Słuch — głuchota kompletna. Narządy przeosionkowe: Ny obustronny obrotowy; przy chodzeniu ch. zbacza wlewo. Objaw przetokowy: O. Przy uciska-

niu na staw szczękowy ch. doznawał silnego zawrotu głowy i Ny. wzmagał się. Takie same objawy stwierdzono u chorego przy naciskaniu na lewą połowę języka. W czasie operacji stwierdzono ropne ognisko w okolicy jamy sutkowej ze zniszczeniem poziomego kanału półkolistego lewego. Wywiady, przebieg kliniczny i pooperacyjny przemawiają za sprawą gruźliczą.

W dyskusji zabierali głos: Pieniążek, Chorążycki, Srebrny.

Z. Srebrny wygłosił odczyt p. t.: *„O wskazaniach do otwierania wyrostka sutkowego w ostrych ropnych zapaleniach ucha środkowego“.*

Przegląd przyjętych ogólnie wskazań do otwierania wyrostka sutkowego w ostrych zapaleniach ropnych ucha środkowego oraz krytyka tych wskazań doprowadziła Sr. do wniosku, że tylko objawy powikłania wewnątrzczaszkowego i przetoka w okolicy wyrostka sutkowego, prowadząca do kości, są bezwzględnemi wskazaniami do operacji. Stwierdzenie w ropie *pneumoc. muc.* ze względu na jego podstępne, niespodziane tendencje do wywoływania śmiertelnych powikłań może być również uważane za wskazanie bezwzględne. Wszystkie inne wskazania są niepewne. Nietylko pojedyncze objawy, ale nawet zespół objawów, uważanych za wskazanie pewne, nie daje gwarancji niezbędności zabiegu operacyjnego. Tezy te ilustruje Srebrny licznemi obserwacjami z praktyki. Niepewność, czy operacja jest niezbędna tłumaczy się tem, że zarówno badanie kliniczne, jak i rentgenologiczne pouczają nas tylko o stanie wyrostka sutkowego, o ewentualnych w nim zmianach chorobowych. Ale stwierdzenie tych zmian nie dowodzi jeszcze konieczności zabiegu. Wskazaniem do operacji powinno być przekonanie, że zmiany te cofnąć się nie mogą. Ponieważ zaś możliwe to jest w znikomo rzadkich przypadkach, więc zwykle stać będziemy przed nierozstrzygniętem pytaniem: potrzebna czy niepotrzebna jest operacja? Wobec tej niepewności, a zarazem obawy, aby zwlekanie z operacją lub jej zaniechanie nie pociągnęło złych skutków dla chorego, operujemy często niepotrzebnie. Aby możliwie ograniczyć liczbę takich niepotrzebnych zabiegów, które tylko dla operatora są drobnostką, dla operowanego lub jego bliskich (jeżeli idzie o dziecko) są przejściem bardzo poważnem, ażeby te niepotrzebnie wykonywane rękoczyny możliwie ograniczyć, należy sumiennie obserwować chorego, otaczać go troskliwą opieką i kierować się zdobytem w ciągu lat doświadczeniem. Jeżeli zdarzy się kiedyś, że operacja okaże się spóźnioną, to będzie to istotnie nieszczęściem dla chorego i lekarza, ale nieszczęściem, któremu przeważnie i wcześnie dokonana operacja nie zapobiegłaby, gdyż zwykle w tych razach choroba już od samego początku ma złe tendencje, jak to zresztą istotnie widujemy i po wcześnie dokonanych operacjach. Zapewne grają tu rolę jakieś dehiscencje w tegmen tympani lub antri, przejście choroby na błędnik, stąd na oponę i t. d. Możeby w pewnych przypadkach zapobiegło nieszczęśliwemu zejściu otworzenie uchyłka, wartoby przeto zastanowić się, czy nie należałoby każdej antrotomji łączyć z attikotomją, jak proponuje Voss.

Do wskazań, które należałoby uwzględniać, a o których nie wspominają ostatnie podręczniki (niemiecki Kahlera i Denkera oraz polski Szmurły) zalicza Srebrny wybitne przytępienie słuchu, graniczące z głuchotą w późnych okresach choroby, nawet po wygaśnięciu sprawy ropnej, oraz podeszły wiek chorego.

Do postulatów, mogących dać wskazówki co do postępowania, zalicza Srebrny badanie bakterjologiczne ropy: stwiedzenie pneum. mucosus każe poważnie

zastanowić się nad potrzebą zabiegu operacyjnego. Stwierdzenie zarazka błonicy może wstrzymać od operacji, a skłonić do zastosowania surowicy.

D y s k u s j a: *Karbowski* omawia przebieg zapalenia wyrostka sutkowego u dzieci.

Tencer podkreśla znaczenie pneumatyzacji w rokowaniu zapaleń wyrostka sutkowego. Stwierdzenie normalnej pneumatyzacji jest wskaźnikiem, że zapalenie ucha środkowego nie będzie miało skłonności do przejścia w stan przewlekły. Odwrotnie wyrostki sutkowe, wykazujące pneumatyzację zahamowaną, łatwo stają się przewlekłe. Z drugiej strony do zapaleń wyrostków o pneumatyzacji normalnej łatwo przyłączają się powikłania wewnątrzczaszkowe.

Co się tyczy ropnia zausznego, jako wskazania do antrotomji, to podczas— operacji można się zorjentować, czy chodzi jedynie o zropiały gruczoł chłonny, czy też o sprawę kostną. Nieuszkodzona okostna przemawia za zropiałym gruczołem.

Weintal (autoreferat).

Nie dyskutując szczegółowo ze Srebrnym co do wskazań do operacji w ostrem zapaleniu ucha środkowego, które w ujęciu prelegenta uważa za zbyt ograniczone, zwraca uwagę na dwa momenty: 1. należy zawsze zwracać uwagę na charakter infekcji i, zgodnie z Aleksandrem, przypadki pochodzenia płoniczego i odrowego operować po 4—5 tygodniach od czasu wystąpienia powikłania usznego, niezależnie od objawów, jeśli tylko trwa ropienie i jeśli, oczywiście, burzliwy przebieg powikłania nie zmuszał do operacji wcześniejszej.

2. nie ulega wątpliwości, że, wbrew twierdzeniu prelegenta, w ostrych przypadkach operujemy w sumie raczej *za mało*; dowodem tego jest duża ilość operacyj doszczętnych ucha środkowego, których musimy dokonywać. W większości przypadków udałoby się uniknąć tego zabiegu tak rozległego, gdybyśmy w stanie ostrym częściej robili antrotomję, zabieg, powodujący znacznie mniejszy uraz i szczędzący organ słuchu.

Pozatem przemawiali Pieniążek i Weinkiper. (autoreferatów nie dostarczono.

Sekcja Poznańsk. - Pomorsk. Polsk. T-wa Otolaryngolog.

Posiedzenie z dnia 24.IV 1934 roku. Odbyte w klinice Oto-Laryng. U.P. ul. Fredry 7.

Po odczytaniu protokółu Kol. *Iwaszkiewicz*: przedstawia przypadek śluzowaka czołowositowego u pacjen. 14 lat przysłanej z kliniki ocznej z rozpoznaniem kostniaka oczodołu. Zdjęcie roentgenologiczne wykazało twór wielkości jaja gołębiego o brzegach równych zajmujących zatokę czołową i komórki sitowe. Od górnego odcinka oczodołu torbiel ta odsuwała gałkę oczną nazewnątrz. Zabiegiem operacyjnym wewnątrznosowym po odcięciu muszli środkowej i komórek sitowych udało się wyresekować tę torbiel kostną całkowicie. W krótkim czasie po zabiegu gałka oczna powróciła zwolna na swoje miejsce.

2. W drugim przypadku, u pacjentki 16 l. przysłanej z kliniki ocznej śluzowiak wychodził również z komórek sitowych przednich powodując silne rozdęcie małżowiny środkowej prawej i ścisłe przyleganie jej do przegrody nosa, która wskutek tego była znacznie przechylona na stronę przeciwną. Śluzowiak ten zajmował wszystkie komórki sitowe, zatokę czołową i górnoprzyśrodkową część

oczodołu, powodując zepchnięcie gałki ocznej nazewnątrz. Po zabiegu operacyjnym wewnątrznosowym gałka oczna wróciła do pierwotnego swego położenia. Nawiązując do przedstawionych przyp. kol. Iwaszkiewicz omawia śluzowiaki czołowositowe, ich etjologję powstawania, przebieg, rozpoznanie i leczenie.

3. Kol. *Iwaszkiewicz* przedstawia pacj. T. U. lat 25 u którego z powodu stanu septycznego po anginie wykonał tonsillektomję w narkozie dożylnej evipannatrium. Przy odseparowaniu migdałka natrafiono na ognisko ropne wielkości orzecha laskowego poza otoczką migdałka w górze i nazewnątrz. Po operacji ciepłota oraz ilość c.b. krwi spadła do normy. Na czwarty dzień po operacji pacj. opuścił klinikę w stanie wyleczonym.

W dyskusji nad przypadkiem i na temat posocznicy po anginie zabierali głos prof. Laskiewicz, kol. Wróblewski, Dworczykówna, Szulc - Rembowski, Banasiuk, Iwaszkiewicz.

II. Prof. *Laskicwicz* przedstawia dziecko 3-miesięczne (N. Z.) przysłane z kliniki ocznej U. P. z obrzękiem obu powiek oka lewego zwłaszcza ich przyśdodkowej części trwające od ośmiu dni. Jako przyczynę obrzęku ustalono (Roentgen) ostre zapalenie komórek sitowych przednich oraz zatoki szczękowej lewej, jak to miało również miejsce w trzech przyp. podobnej sprawy u dzieci l. 1 i 2 i 8 mies. (opisanych w Now. Lek. zesz. 20 1933). Ze śluzu nosa wyhodowano prątki rzekomo błonicze. Leczenie buljonem szczepionkowym Besredki wprowadzonym sposobem deplacement m. Proetz-Le-Mee działało zawsze skutecznie, powodując szybkie cofanie się obrzęku bez żadnego zabiegu chirurgicznego.

III. Kol. *Sawiczowa* wygłosiła referat na temat: Wpływ ergosteryny naświetlanej na kostnienie błędnika u świnek morskich. W dyskusji nad referatem zabierał głos prof. Laskiewicz.

D. Dworczakówna.

Posiedzenie z dnia 26.VI 1934 r.

I. Prof. *Laskiewicz* przedstawia żołnierza l. 20 z zaburzeniem czynnościowem strun głosowych w postaci t. zw. ataksji strun głosowych; wobec wykluczenia przez neurologa zmian organicznych w systemie nerwowym centralnym przyjmuje się tło nerwicowe.

II. Tenże przedstawia pacjenta z ropieniem zatoki czołowej pourazowem, utrzymującem się mimo wykonanej przed 6-ciu laty operacji radykalnej sposobem Ogston-Luc'a w szpitalu prowincjonalnym. Podczas operacji okazało się, że łuk kostny nadoczodołowy był wdwóch miejscach pęknięty. Zrost był jednak tak słaby, że nie wytrzymał dłutowania w kierunku zachyłka przedniego i oczodołu, trzeba więc było mostek ten usunąć, co umożliwiło dokładne wyskrobanie obficie nagromadzonej ziarniny w zachyłkach jamy czołowej. Sposób postępowania był więc taki jak przy metodzie Riedela. Obecnie pacjent jest wyleczony i czuje się dobrze. Defekt kostny da się potem wyrównać plastyką parafinową.

D y s k u s j a: zabiera głos kol. *Gałdyński*, podkreślając doniosłość komunikacji szerokiej do nosa, gwarantującej swobodny odpływ wydzielin jako conditio sine qua non dobrego i trwałego efektu leczniczego. Prof. Laskiewicz podziela zdanie kol. G. zaznaczając, że sposoby leczenia ropienia zatoki czołowej na tle urazowem powinne być jaknajbardziej radykalne nawet z odsunięciem na plan drugi efektu kosmetycznego, który da się zawsze jeszcze naprawić chociażby tylko częściowo plastyką parafinową.

III. Kol. *Iwaszkiewicz* przedstawia dwa przypadki wyjęcia ciał obcych 1) igły wbitej poprzecznie w tylną ścianę gardła i szypułkę nagłośni u mężczyzny l. 27. Ciało usunięto sztancą krtaniową. 2) nerwociąg dentystyczny w prawym zachyłku gruszkowatym, usunięty w ten sam sposób.

Kol. *Iwaszkiewicz* przedstawia przypadek rozszerzenia przełyku z trudnościami przy połykaniu w następstwie przypuszczalnego zapalenia śluzówki pseudodyfterycznego w trakcie przebytej szkarlatyny u dziecka 7-mio letniego.

W dyskusji zabiera głos Prof. *Laskiewicz* ad przyp. 1 i 2: biorąc pod uwagę mechanizm przedostania się ciał obcych, to decydującem dla obrania tej czy innej drogi będzie nastawienie pacjenta w danej chwili na odruch oddechowy, względnie połykowy. Ad. przyp. 3: o miejscu powstawania rozszerzeń ściany przełyku w następstwie porażeń nerwowych decyduje grubość ścian i ułożenie warstwy mięśniowej. To też rzadziej występują one w dolnej części przełyku spowodu większej grubości ścian dzięki obecności dwu warstw mięśnia podłużnego i okrężnego.

IV. Prof. *Laskiewicz* przedstawia dwa przypadki fibrolipoma u kobiety 30 i 26 letniej, wychodzącego z bocznej ściany gardła dolnego i 2-gi z łuku podniebienno językowego lewego osadzonego na ruchomej szypule. Jako objaw charakterystyczny dla tego rodzaju guzów podkreślić należy stosunkowo małe dolegliwości odczuwane przez pacjentów mimo niekiedy jak choćby w pierwszym przypadku obecności znacznych rozmiarów guza, którego długość wynosiła 4,6 cm. Leczenie w obu przytoczonych przypadkach polegało na usunięciu guzów pętlą zimną po uprzedniem zastosowaniu elektrokoagulacji.

Prof. *Laskiewicz* przedstawia: 1) rentgenogram ropnia podokostnowego na wyrostku sutkowym u niemowlęcia 5-cio miesięcznego, którego ze względu na wiek zoperowano zwykłem cięciem Wildego w znieczuleniu miejscowem chlorkiem etylu. 2) rentgenogram pneumocele frontalis. 4) lipjodorentgenogram zatoki szczękowej, wykazujący wyraźnie kontury torbieli tejże zatoki.

D. Dworczakówna.

Wiadomości bieżące.

K u r s r o z p o z n a w c z o - l e c z n i c z y i o p e r a c y j n y z o t o - r i n o - l a r y n g o l o g j i dla lekarzy od 17.VI do 30.VI 35 r. w Klinice Oto-laryngologicznej U. P. Fredry 7 pod kierunkiem Prof. Dra. A. Laskiewicza ze współdziałem: P. Doc. Dra Krotoskiego (chirurga) Dra Warpechowskiego (neurologa) oraz asystentów Kliniki Oto-laryngologicznej U. P. Drów Iwaszkiewicza, Zakrzewskiego, Małeckiego i Rafińskiego (anatomja),

17.VI poniedziałek. Prof. Laskiewicz.

Godz. 9—11.30. Repetitorjum z anatomji i fizjologji nosa, jam bocznych i gardła.

„ 11,20—13. Anatomja topograficzna nerwów czaszkowych jako wstęp do znieczulania przewodowego w oto-ryno-laryngologji. T e n ż e.

„ 15,30—17. Repetitorjum z patologji nosa, jam bocznych i gardła z uwzględnieniem terapji. Tenże.

Godz. 17—18' D o c. D r. K r o t o s k i: transfuzja krwi i jej znaczenie w oto-ryno-laryngologji. Klinika Otolar. U. P.

„ 18—19,30. P r o f. D r. L a s k i e w i c z: znieczulanie miejscowe i przewodowe w rynologji.

18.VI wtorek.

godz. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem' wskazań i techniki. P r o f. L a s k i e w i c z. Sala operacyjna.

„ 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (djagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, uszu, gardła i krtani na przypadkach). T e n ż e.

„ 15—16,30 Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: znieczulanie przewodowe w rynologji. operacje plastyczne i korektury nosa. Tenże wspólnie z asyst. l e k. R. R a f i ń s k i m. Zakład anatomji opisowej U.P. ul. Heliodora Swięcickiego.

„ 16,30—17,30. D o c. D r. K r o t o s k i: schorzenia śródpiersia w związku ze sprawami chorobowemi gardła i przełyku oraz sposoby ich leczenia operacyjnego. Klinika Oto-lar. U.P.

„ 17,30—19. D r. I w a s z k i e w i c z: powikłania oczne i oczodołowe w ostrych i przewlekłych ropnych zapaleniach jam bocznych nosa.

19.VI środa.

godz. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. P r o f. L a s k i e w i c z. Sala operacyjna.

„ 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (djagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

„ 15,30—17,30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: operacje doszczętne jam bocznych nosa, operacja transmaxilonasalna Moure'a. Tenże wspólnie z asyst. l e k. R a f i ń s k i m. (Zakład anatomji opiswej U. P.

„ 17,30—19. D r. M a ł e c k i: zmiany morfologiczne i chemiczne we krwi w niektórych schorzeniach ostrych i przewlekłych nosa, gardła i uszu. Klin. O. R. L. U. P.

20.VI czwartek.

godz. 9,30—11,30. Repetitorjum z anatomji i fizjologji narządu słuchowego i statycznego. P r o f. L a s k i e w i c z.

21.VI piątek.

godz. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. P r o f. L a s k i e w i c z. Sala operacyjna.

„ 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (djagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). T e n ż e.

„ 15—16,30. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: znieczulanie miejscowe w otjatrji, antrotomja i operacja

doszczętna. T e n ż e wspólnie z asyst. l e k. R a f i ń-
21.VI piątek. s k i m. (Zakład anatomji opisowej U. P.).
godz. 16,30—18,30. Repetitorjum z anatomji i fizjologji krtani — badanie stroboskopem. P r o f. L a s k i e w i c z.
„ 18,30—20. Badanie słuchu. Tenże wspólnie z D-r e m Z a k r z e w s k i m.

22.VI sobota.
godz. 9 — 11. Zabiegi operacyjne mniejsze: mukotomja, eperotomja, wycięcie podśluzowe przegrody nosa, przekłucie próbne jamy szczękowej, endonasalne otwarcie jam bocznych nosa. P r o f. L a s k i e w i c z.
„ 11,30—12,30. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego. T e n ż e.
„ 15,30—17. Djatermja, elektrokoagulacja i fototerapja w praktyce oto - ryno - laryngologicznej. P r o f. L a s k i e w i c z wspólnie z D r e m Z a k r z e w s k i m.
„ 17—18,30. D r. I w a s z k i e w i c z: zespół toksyczno-uszno-jelitowy u dzieci.
„ 18,30 - 19,30. P r o f. L a s k i e w i c z wspólnie z D r e m Z a k r z e w s k i m: rentgenodjagnostyka schorzeń jam bocznych nosa.

24.VI poniedziałek.
godz. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. P r o f. L a s k i e w i c z. Sala operacyjna.
„ 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (djagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach, T e n ż e.
„ 15—16. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: operacje błędnikowe, odsłonięcie opuszki żyły jarzmowej, podwiązanie żyły jarzmowej oraz tętnic: językowej, szyjnej zewnętrznej i wewnętrznej. T e n ż e wspólnie z asyst. lek. R a f i ń s k i m. (Zakład Anatomji opisowej U. P.).
„ 16,30—18. Badanie narządu statycznego. P r o f. L a s k i e w i c z wspólnie z D r e m Z a k r z e w s k i m.
„ 18—19,30. Dr. W a r p e c h o w s k i. Powikłania wewnątrzczaszkowe pochodzenia usznego, guzy mózgu i móżdżku (w szczególności w związku z nerwem VIII-ym) ze stanowiska neurologji.

25.VI wtorek.
godz. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. P r o f. L a s k i e w i c z. Sala operacyjna.
„ 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (djagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). T e n ż e.
„ 15—17. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: tracheotomja. laryngofissura, oesophagotomia externa.

T e n ż e wspólnie z asyst. l e k. R a f i ń s k i m. (Zakład Anatomji Opisowej U. P.).

25.VI wtorek.

godz. 17—18. D o c. D r. K r o t o s k i. Schorzenia tarczycy ze szczególnem uwzględnieniem zmian chorobowych, występujących w związku z niemi w krtani i tchawicy. Klinika Otolaryngologiczna.

„ 18,30—19,30. Pokaz filmu badania narządu statycznego.

26.VI środa.

godz. 8—11. Zabiegi operacyjne mniejsze: adenotomja, tonsillektomja modo Sluder i Portmann. Prof. Laskiewicz.

„ 11—12,30. Badanie chorych przychodnich (djagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). T e n ż e.

„ 13,30—17,30. Tracheobronchoskopja. Technika wydobywania ciał obcych z oskrzeli z ćwiczeniami na psach, P r o f. L a s k i e w i c z. Klinika.

„ 17,30—19. Endoskopja gardła dolnego i przełyku z ćwiczeniami na psach. T e n ż e.

„ 19—20. Nowotwory krtani i sposoby ich leczenia. T e n ż e.

27.VI czwartek.

godz. 8,30—10,30. Pokazy operacyjne ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. P r o f. L a s k i e w i c z. Sala operacyjna.

„ 10,30—13. Badanie chorych przychodnich z uwzględnieniem terapji zmian specyficznych w krtani (tbc. lues) na przypadkach T e n ż e.

„ 15,30—17,30. Tracheo-broncho-ezofagoskopja z ćwiczeniami na psach. T e n ż e.

„ 17,30—19. Dr. W a r p e c h o w s k i. Djagnostyka i terapja zapaleń opon mózgowych pochodzenia usznego. Klinika Otolaryn. U. P.

28.VI piątek.

godz. 9—11,50. Zabiegi operacyjne mniejsze: gardło, krtań ze szczególnem uwzględnieniem leczenia przewlekłych zwężeń krtani.

„ 11,30—13. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego

„ 15,30—17. D r. I w a s z k i e w i c z. Klasyfikacja wad mowy i głosu.

„ 17—18,30. D r. M a ł e c k i. Zagadnienie endokrynologji w otorynolaryngologij.

„ 18,30—19,30. P r o f. L a s k i e w i c z. Stany posocznicowe pochodzenia ogniskowego z górnych dróg oddechowych.

29.VI sobota.

godz. 9.30—10,30. D r. M a ł e c k i. Problem allergji i anafilaksji w otorynolaryngologji.

Z A M K N I Ę C I E K U R S U.

Opłata za kurs wynosi 60 zł., którą wraz ze zgłoszeniem uprasza się przesłać na ręce Prof. Alfreda Laskiewicza, Poznań, Fredry 7. Ze względu na koszty połączone z organizacją kurs może się odbyć przy najmniejszej liczbie 5-ciu uczestników.

— W czerwcu 1934 r. obchodzono w Moskwie 40-letni jubileusz pracy naukowej, społecznej i pedagogicznej prof. Ludwika Świerzewskiego Dyrektora Uniwersytetskiej Kliniki Otolaryngologicznej. Centralny Komitet Wykonawczy (C.I.K.) Z.S.S.R. nadał prof. Świerzewskiemu tytuł zasłużonego działacza na polu naukowem, obdarzył go orderem, Trudowogo Krasnago Znamieni, Klinika otrzymała nazwę Kliniki im. Prof. Świerzewskiego. Oprócz tego jubilat otrzymał od Rządu w podarunku samochód.

W tym samym roku przypadał jubileusz 40-letniej pracy naukowej, lekarskiej i społecznej prof. A. Iwanowa Kierownika Działu Otolaryngologji w I. Instytucie Lekarskim w Moskwie.

W tym samym roku przypadł jubileusz 35-letniej pracy naukowej społecznej i pedagogicznej prof. W. I. Wojaczka Dyrektora Kliniki Otolarygologicznei Wojskowej Akademji Lekarskiej w Leningradzie.

— W Krakowie odbyły się wybory prezydjum Sekcji Polskiego T-wa Otolaryngologicznego. Wybrani zostali następujący Koledzy: dr. A. Schwarzbart — prezes, dr. E. Klassa-Brunicki—Wiceprezes i dr. Halama—Sekretarz.

— Prof. A. Laskiewicz został mianowany członkiem korespondentem T-wa Otolaryngologicznego w Paryżu.

Résumé des articles.

Miodoński. Sur les abcès otogéniques du cerveau et du cervelet d'après les matériaux réunis de 1928—1932 a la clinique O. R. L. cracovienne.

Dans cette dérnière partie du travail l'auteur donne la déscription des cas de l'abces du cervelet.

Laskiewicz. Sur la pathologie du nerf glossopharyngien.

Les états inflammatoires du nerf glossopharyngien sont, le plus souvent, d'origine rhumatique et, en outre, ils font aussi suite de la grippe, l'angine, l'érysipèle du pharynx, en relation avec la présence de foyers de rétention caséeuse dans la fosse de *Rosenmüller*, ainsi qu'après la tonsillectomie (concrétions avec le pilier postérieur). Beaucoup plus rarement les douleurs névralgiques du nerf mentionné sont provoquées par la pression qu'exercent sur son tronc des tumeurs dans la fosse cranienne postérieure. Comme symptômes cliniques des affections du IX-e nerf il faut citer des troubles moteurs de la part du constricteur du pharynx (diminution de sa tension), avec retention de la nourriture dans le sinus piriforme et l'aspiration facile; des troubles gustatifs, tels qu'une sensation permanente d'amertume ou d'âpreté, effaçant toutes les autres sensations gustatives—et enfin, troubles sensitifs dans le pharynx. Ces derniers se présentent le plus souvent

sous forme de douleur et de cuisson permanente dans le pharynx rayonnant vers les oreilles et vers la base du nez, insensibilisation de la moitié correspondante de la langue, légère parésie du nerf hypoglosse, du même côté, ainsi que diverses paresthésies dont l'origine ne peut pas être trouvée dans le domaine du nez, des amygdales palatines et des aliments buccale. C'est pourquoi on considérait depuis longtemps les douleurs mentionnées comme symptômes d'une affection de la muqueuse pharyngée en relation avec un catarrhe d'estomac (*Levinstein*) ou des troubles phonasténiques (*Gutzmann*). Dans le diagnostic, à côté de l'anamnèse de la maladie, certaines indications sont fournies par des douleurs typiques du cou à la pression extérieure, au niveau du cornet majeur de l'os hyoïde, surtout au moment où le sujet tourne la tête vers le côté opposé, ainsi que par des douleurs ressenties à la palpation de la paroi latérale du pharynx, au niveau du pôle inférieur de l'amygdale palatine. La cocaïnisation de cette région fait complètement disparaître ces douleurs pour un certain laps de temps, ce qui constitue un argument important à l'appui de la dénomination de „zone hyperesthésique glossopharyngée" qui a été donnée à cette région (*Chavany, Vernet*).

Zarickij. La réaction cutanée dans le sclérome.

L'auteur a examiné la réaction cutané chez 56 malades scléromateux. Il a employé des greffes du bacille de Frisch et de Friedländer à un taux de 1:50, 1:100 et de 1:200. Seulement dans 7 cas il a obtenu des résultats positifs.

Sawicz. Sur les abcès otogéniques du cerveau

Déscription de deux cas personnels de cette complication otitique.

Tencer. Un cas de coup de glotte paroxysmale chez un adulte.

L'auteur décrit un cas de ceux graves troubles du larynx chez un malade de 45 ans. Les crises se manifestérent pendant les dérniers 10 jours provoquant la dyspnée. On avait la nécéssité de faire la trachéotomie. Après un mois la respiration était libre et on a retiré la canule. Dans un jour pendant la promenade le malade mourut soudainement. L'obduction a montré le goître dont les parties latérales comprimaient les nerfs laryngés inferieurs, provoquant la paralysie passagère des dilatateurs.

Wołkowyski. Sur la question de la polyurie après l'amygdaléctomie. Erbrich et Lewenfisz ont observé la polyurie après l'ablation des amygdales. L'auteur a controlé leurs observations chez 23 opérés. Les résultats qu'il a obtenus étaient tout à fait négatifs.